OPERE CHIRURGICHE

D'ASTLEY COOPER

PRESIDENTE DELLA SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI LONDRA,
E CHIRURGO DELLO SPEDALE DI GUY;

E

DI BENIAMINO TRAVERS

CHIRURGO DELLO SPEDALE SAINT-THOMAS, E MEMBRO
DELLA SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA.

TRADUZIONE ITALIANA.

TOMO I.

FIRENZE
NELLA STAMPERIA PIATTI
1822.

AVVISO

DELL'EDITORE ITALIANO

AI SIGNORI MEDICI E CHIRURGHI.

La celebrità giustamente acquistata in Inghilterra da Astley Cooper, e Beniamino Travers, e le interessanti e nuove osservazioni, che sono contenute in questi Saggj *di* chirurgia, *da essi non ha guari pubblicati in Londra, indussero i Francesi a tradurli nella loro lingua. Gli stessi motivi hanno mosso l'Editore italiano a farli tradurre dal francese nel nostro idioma, affine di rendere questa utilissima opera più facilmente reperibile fra noi, e meno costosa. La prefazione posta alla testa di quest'opera dal dotto Traduttore Francese, in cui ne dettaglia il piano, e ne fa risaltare il merito, ha dispensato l'editore italiano da un consimile lavoro. Egli si lusinga di aver fatta una cosa molto grata ai medici e chirurghi, e di meritare la loro approvazione.*

DISCORSO PRELIMINARE

DEL TRADUTTOR FRANCESE.

Il desio d'estendere il dominio della Scienza, e d'acquistare una brillante reputazione, l'amor della gloria, ed il contento, che procura la scoperta della verità, tali sono le potenti molle, che sostengono gli uomini di genio, li rendono infatigabili nelle loro ricerche, e li inducono a fare i più grandi sforzi per immortalare il loro nome. Una costanza a tutta prova, una instancabile attività, uno spirito penetrante, li caratterizzano e li rendono proprj a spargere una viva luce sulla scienza, a cui essi consacrano le loro veglie ed i loro travagli. I lunghi studj, ai quali si abbandonano, l'arte, con cui fecondano con nuove reflessioni i fatti già cogniti, l'ardore, con cui abbracciano tutte l'occasioni per aumentare le loro cognizioni, annunziano in essi fino dalla loro gioventù il germe del genio, e non è difficile per un'accorto osservatore di predir loro i più brillanti destini. Così Desault apprezzò il merito di Bichat, il quale corrispose all'opinione, che di lui aveva concepita questo abile chirurgo, si conciliò la stima e l'amicizia del suo maestro, si associò ai suoi travagli e alla sua gloria, fece fare dei rapidi progressi all'anatomia, riunì la fisiologia alla medicina pratica con indissolubili legami, arricchì la scienza dell'uomo d'una immensa folla di fatti, le inalzò parecchi eterni monumenti, e impresse all'arte una nuova e salutare direzione, finchè una prematura morte venne disgraziatamente a interrompere il corso delle sue numerose scoperte. Le cliniche osservazioni raccolte da Bichat all'*Hôtel-Dieu*, erano redatte con tanto mètodo, chiarezza e precisione, che Desault volle avvicinarsi questo giovine, che entrava nella carriera sotto auspici così favorevoli.

I chirurghi delle capitali, situati alla testa degli Spedali, godono in generale d'una brillante riputazione, e d'una ce-

lebrità giustamente acquistata. Le ricerche, alle quali si abbandonano per dilucidare le più importanti questioni, l'operazioni che eseguiscono, le sezioni cadaveriche, che fanno per completare la storia delle malattie, e le fatiche inseparabili dalla visita d'un vasto spedale, e d'un' estesissima pratica, assorbono la maggior parte del loro tempo. Questi chirurghi perderebbero, a cagione delle loro numerose occupazioni, il frutto delle loro cliniche osservazioni, se non incaricassero i loro discepoli più istruiti di raccogliere i fatti più interessanti. Sarebbe loro impossibile di riunire i materiali necessarj per comporre delle opere essenzialmente pratiche, se non affidassero questo lavoro a dei giovani dotati delle qualità, che distinguono l'osservatore imparziale. È difficilissimo d'interpretare fedelmente il linguaggio della natura, e di presentare sotto il loro vero aspetto le pratiche osservazioni: ond'è che i chirurghi degli spedali non saprebbero mai esser troppo severi intorno la scelta dei discepoli, ai quali affidano la cura di redigere i casi clinici. Per inalzare un solido edifizio, bisogna esser sicuro dei materiali, che si devono impiegarvi. Crediamo inutile di fare maggiormente conoscere i vantaggj delle cliniche istituzioni, d'esporre i doveri dei maestri e dei discepoli, e di presentare delle riflessioni sopra d'un soggetto, che è stato con tanta sagacità, trattato da un medico (1) Ippocratico.

Avremmo potuto esporre le differenze, che esistono fra la clinica chirurgica e la clinica medica, e stabilire, onde far meglio apprezzare queste differenze, un paralelo fra la clinica di Parigi, e quella di alcune città di provincia, ove la medicina e la chirurgia sono coltivate col maggior successo. Questo paralelo ci avrebbe fornito l'occasione d'analizzare e di paragonare fra loro le differenti dottrine medico-chirurgiche, e i differenti processi operatori; in una parola, di tracciare la storia clinica della Scienza, e di giudicare imparzialmente le cose, rispettando le persone; ma delle ragioni particolari ci hanno impedito di abbandonarci a questo lavoro, onde ci limiteremo a esporre alcune generali considerazioni intorno questo soggetto.

Nelle capitali, i fatti sono senza dubbio più numerosi, e

(1) Fouquet, *Discorso sulla Clinica.*

le malattie si presentano sotto delle forme ed anomalie più variate, che nelle città di provincia. Un'estesa istruzione pratica, delle cognizioni anatomiche esatte e profonde, un sangue freddo imperturbabile, mantenuto e fortificato da frequenti operazioni, caratterizzano in generale, i chirurghi delle capitali. Situati su d'un vasto teatro, avendo per emuli degli uomini di talento, circondati da un gran numero di discepoli, e volendo fissare l'attenzione del pubblico, essi fanno tutti i loro sforzi per aumentare la loro riputazione, ed occupare il primo rango. Ma disgraziatamente il male si trova sempre accanto al bene; il desiderio di sorpassare i loro emuli, l'induce a tentare delle operazioni brillanti, ma talvolta funeste per i loro malati. La sana ragione non saprebbe applaudire a questi tentativi, ed il tempo finisce sempre per mettere nel suo vero punto di vista queste operazioni, la cui arditezza sorprende, e fa stupire il volgo, ma che il chirurgo illuminato riduce al suo giusto valore. L'emulazione contribuisce per certo ai progressi della scienza; ma diviene funesta per l'umanità, allorchè spinge qualche operatore a sorpassare i limiti del possibile o del verosimile, sotto pretesto di estendere i confini dell'arte. Questi chirurghi dovrebbero almeno aspettare che i loro tentativi fussero coronati da felice successo, prima di proporli per modello ai loro discepoli, ma tormentati dal desiderio di far parlare di se stessi, fanno annunziare nei giornali l'operazione, che hanno fatto, ne fanno encomiare i vantaggj nelle società accademiche, trovano degli uomini di merito assai compiacenti per proclamare come un tratto d'una chirurgia *estraordinaria* e in qualche modo *eroica* dei temerari tentativi, ed hanno la disgrazia di veder perire i loro malati nel momento stesso, in cui essi riguardavano la loro guarigione come sicura. Provare che simili operazioni non erano indicate, e dimostrarlo quasi matematicamente, è lo stesso che rendere un vero servizio alla scienza, e d'impedire ai giovani chirurghi d'imitare la condotta d'un celebre professore, e il Sig. Nicod ci sembra essersi reso benemerito alla chirurgia ed ai suoi confratelli, assumendo questo penoso incarico in una circostanza disgraziatamente troppo conosciuta nei fasti dell'arte. Ci sembra che non si possano indirizzare simili rimproveri ai chi-

rurghi delle città di provincia. Situati su d'un teatro meno vasto di quello dei chirurghi delle capitali, non avendo da superare gli stessi ostacoli di questi ultimi, essi procurano di meritare la confidenza pubblica con delle operazioni utili, e raramente insolite. È vero che non possono riunire un sì gran numero di cliniche osservazioni, e fare tanti sperimenti, come i chirurghi delle capitali, e le loro opere corrispondono alla loro pratica. Le risorse non essendo l'istesse, i risultati devono esserne diversi. Ciascun vede che queste proposizioni possono essere contestate fino ad un certo punto; ma delle fortunate eccezioni giustificheranno la nostra maniera di vedere, invece di dimostrarne la falsità. Dei buoni trattati di chirurgia sono stati pubblicati da dei pratici di provincia, e da essi sono stati anche intrapresi degli importanti lavori, e fatte con successo delle nuove operazioni da questi chirurghi, i di cui nomi sono stati onorevolmente registrati nei fasti dell'arte. Ma l'uomo di genio tira sempre un gran partito dalle risorse, che sono situate fra le sue mani; d'altronde il genio non è egli creatore, e non trionfa sempre degli ostacoli, che incontra nella carriera, che percorre?

Riflettendo alla rivoluzione, che si è operata da qualche anno fra i medici e chirurghi; analizzando le cause, che in addietro davano origine alle puerili pretensioni della maggior parte dei medici, che cercavano d'avvilire la chirurgia, e di collocare questa arte conservatrice in un rango inferiore; considerando quelle che inducono alcuni chirurghi dei nostri tempi a trattare di *volgari* (1) i servigj resi dai medici; non è difficile di rimontare fino all'origine di queste rivoltanti ingiustizie: l'interesse n'è sempre stato, come lo è anche al presente, il principal mobile; e tutte le volte che uno si lascia dominare da un simil motivo, si espone a vedere gli oggetti a traverso il prisma delle passioni. Ma non risvegliamo delle nimistà, che dovrebbero essere a giammai sepolte, e non imitiamo un'oratore, che ha trasformato in una tribuna, il santuario della medicina. Un giornalista imparziale ha rilevato i numerosi errori, e le sconvenevoli

(1) Vedet. il discorso pronunziato nel 1820 dal Sig. Professore Richerand.

asserzioni contenute nel discorso pronunziato in seno della facoltà medica di Parigi, da un professore di questa celebre Scuola. Ci resterebbe molto facile di provare a questo professore che il successo delle operazioni chirurgiche, dipende sovente dalle iginiche precauzioni, che prende il chirurgo prima di praticarle, e dal modo, con cui egli sodisfà all'indicazioni immediatamente dopo l'operazione. Noi potremmo facilmente prendere dall'opere di questo chirurgo, delle vittoriose prove per combatterlo, e potremmo dimostrarli con numerosi fatti, che la medicina non è così *problematica*, come egli pensa, e che la chirurgia non sempre agisce con quella certezza, e precisione matematica, che egli vanta in disdoro della medicina.

Riflettete sulla diversità dei processi, a vicenda impiegati per praticare la stessa operazione, meditate l'opere chirurgiche dei più grandi maestri, seguite la pratica degli Spedali, assistete alle lezioni cliniche, e alle operazioni fatte da i più abili chirurghi, analizzate il diagnostico di una folla di malattie reputate chirurgiche, delle malattie degli occhj, degl'orecchj, delle piaghe della testa, degli stravasi nelle cavità del cranio, del petto e del basso ventre: riducete al suo giusto valore quello dei tumori fungosi della dura madre, delle affezioni carcinomatose e cancerose, della carie, delle nevralgie faciali; pensate all'aberrazioni prodotte nei differenti tessuti dall'alterazioni patologiche, all'anomalie dei vasi, relativamente alla loro situazione, e al loro volume; gettate un colpo d'occhio su i cambiamenti introdotti da poco tempo in qua nella chirurgia, e voi giudicherete allora imparzialmente dei vantaggj di essa, e presenterete nel loro vero aspetto i servizj incontrastabili, che quest'arte rende all'umanità. Che il chirurgo possieda delle cognizioni mediche, onde trattare in un modo razionale le malattie, che possono dichiararsi in seguito dell'operazioni; che il medico dal canto suo sia assai istruito per conoscere quali sono le circostanze, in cui l'operazioni sono, o no indicate, e possano la medicina e la chirurgia rivalizzare in zelo e ardore per i progressi della scienza, e per il sollievo degl'infelici!

Nel pubblicare la traduzione d'un'opera chirurgica, abbiamo creduto di nostro dovere di esporre alcune consi-

derazioni generali intorno i rapporti, che dovrebbero esistere fra i medici ed i chirurghi. Le nostre riflessioni sullo stato attuale della chirurgia ci sembrano dover presentare qualche interesse, poichè sono proprie a combattere delle opinioni erronee.

Noi non abbiamo creduto a proposito, nel dare in luce la traduzione dei *Saggj* di *chirurgia* d'Astley Cooper, e di Beniamino Travers, di stabilire un paralelo fra i travaglj dei chirurghi Inglesi e Francesi, e di esaminare se gli uni hanno più concorso degli altri ai progressi della scienza. Per ben sodisfare a questo incarico sarebbero necessarie dell'estese cognizioni sulla chirurgia francese, dell'esatte nozioni sulla dottrina e la pratica chirurgica inglese, una vasta erudizione, un'imparzialità poco comune, e un lungo soggiorno negli spedali di Parigi e di Londra. Un distinto chirurgo, che possedeva le cognizioni necessarie per intraprendere con vantaggio un simil lavoro, ha fatto un viaggio a Londra, per studiare la chirurgia inglese. Il Sig. Roux ha stabilito nella relazione del suo viaggio a Londra, un esatto paralelo fra la chirurgia francese, e la chirurgia inglese.

Ma disgraziatamente questo professore non ha fatto un soggiorno bastantemente lungo a Londra, ond'è che esiste un gran numero di lacune nella sua opera. La sua relazione però merita di esser letta, e quantunque questo chirurgo non abbia completamente sodisfatto al suo scopo, la sua opera racchiude nondimeno ingegnose vedute sulle scoperte dei chirurghi inglesi, e assai giudiziose sulla loro dottrina e sulla loro pratica, e delle critiche e giuste riflessioni sull'inconvenienti, che resultano dall'organizzazione degli spedali di Londra. Il viaggio di questo chirurgo francese è stato utile sotto molti rapporti; ha contribuito a dissipare le prevenzioni, di cui gl'inglesi erano imbevuti relativamente alla pratica dei nostri spedali, e a darci delle esatte nozioni intorno la pratica chirurgica dei nostri emuli. Il Sig. Roux ha reso una luminosa giustizia al merito dei chirurghi di Londra, che godono una brillante reputazione, e che hanno arricchita la scienza d'utili travagli. » Da lungo tempo, dic'egli, noi conoscevamo i nomi di Everard Home, di Kline, » d'Enrico Blizard, di Lynn, d'Abernethy. Questi esistono » ancora, e con essi divide la sua alta reputazione Astley

» Cooper, il quale riunisce molta attività, ad un gran sa-
» pere. I Sigg. Brodie, Travers, Lawrence, Carlo Bell, En-
» rico Kline, Tommaso Blizard, Young, Macgregor, ap-
» partengono, se mi è lecito esprimermi così, ad una gene-
» razione più nova, la quale promette all' Inghilterra dei
» chirurghi non meno celebri di coloro, che ho posti nel
» primo luogo: quasi tutti sono alla testa degli spedali di
» Londra, ove li ha richiamati il loro merito; quasi tutti
» hanno di già segnalato il loro zelo per i progressi del-
» l'arte con utili lavori, che sono il pegno delle più alte
» speranze. »

I *Saggj* di *chirurgia* d'Astley Cooper e di *Beniamino Travers* sono il frutto della pratica dello Spedale di *Guy*, e dello Spedale *Saint-Thomas*. Non si saprebbe abbastanza lodare i nobili sentimenti, dai quali sono stati animati questi due chirurghi, nell' offrire al pubblico i risultati di una pratica così estesa. Eglino hanno riportato con ugual candore tanto i loro cattivi, che buoni successi; hanno esposto con la stessa sincerità gli errori della loro pratica, e le guarigioni, che hanno operate, e non hanno giammai impedito alla verità di fare dei progressi, procurando di nascondere i loro sbaglj. Le loro opere formano fino al presente due volumi, ciascuno dei quali contiene varie Memorie intorno dei punti di dottrina importantissimi. Quest' opere ci sono sembrate utili sotto un doppio rapporto; poichè racchiudono dei nuovi fatti, e delle vedute terapeutiche razionali sopra interessanti questioni, e ci fanno conoscere non solamente la pratica dello Spedale di *Guy* e dello Spedale *Saint-Thomas*, ma quella ancora d'un gran numero di chirurghi situati alla testa dei diversi spedali d' Inghilterra. Le memorie di Cooper sulle lussazioni e sulle fratture sono rimarcabili sotto questo doppio rapporto, e si possono riguardare come un quadro, in qualche modo, vivente, della pratica degl' Inglesi in questa parte di chirurgia. Cooper, il quale è in corrispondenza con i più abili chirurghi inglesi, ha inserito in queste memorie le osservazioni cliniche, che gli sono state comunicate dai suoi confratelli. Ci sia permesso d'osservar quivi, che esiste fra i medici e chirurghi inglesi una fraternità, che contribuisce molto ai progressi della scienza. Gl' Inglesi coltivano pas-

sionatamente la chirurgia, e mostrano per quest'arte un vero entusiasmo; ond'è che il Sig. Roux ha osservato » che » ogni volta, che era stato in alcuni spedali di Londra, » aveva sempre visto i capi di questi stabilimenti circon- » dati da altri chirurghi di quella capitale, o dai pratici » di lontane città, che i loro affari avevano condotto a » Londra, da uomini di già maturi per età e per espe- » rienza, tutti mostrandosi curiosi di vedere, di osserva- » re, e avidi di acquistare delle nuove cognizioni. »

Il primo volume dei *Saggj* di *chirurgia* contiene sei memorie, classate nel modo seguente: nella prima, Astley Cooper tratta delle lussazioni in generale, e di quelle della coscia; nella seconda Beniamino Travers espone dell'importanti riflessioni sull'infiammazione dell'iride. La terza, di Cooper, contiene un'osservazione sull'allacciatura dell'aorta; la quarta, che è di Travers, è relativa al fimosi ed al parafimosi. Nella quinta Astley Cooper tratta dell'esostosi; e nella sesta egli parla dell'aperture contro natura dell'uretra.

Il secondo volume, che appartiene nella maggior parte a Cooper, contiene una memoria sulle ferite e l'allacciature delle vene; parecchie osservazioni sulle lussazioni della coscia di Cooper, e due Saggj di questo stesso Autore. Nel primo egli tratta 1.° delle fratture del collo del femore; 2.° delle lussazioni e delle fratture del ginocchio; 3.° della lussazione complicata dell'articolazione della gamba col piede; 4.° delle lussazioni dell'ossa del tarso, e nel secondo parla dei tumori cistici.

La maggior parte dell'osservazioni consegnate nei *Saggj* di *chirurgia*, sono state raccolte nello Spedale di *Guy*, o nello Spedale *Saint-Thomas* dai Giovini studenti, incaricati della medicatura in questi due spedali. Avremmo potuto dare qualche dettaglio sull'organizzazione degli spedali di Londra, su i vantaggj e gl'inconvenienti di questa organizzazione, e mettere in paralelo questi stabilimenti con quelli di Parigi; ma questo soggetto è stato accuratamente trattato dal Professor Roux, nella relazione del suo viaggio a Londra. Noi ci limiteremo perciò a fare alcune riflessioni sull'ammissione dei Giovani negli spedali. Un Giovane studente non può fare le medicature negli spe-

dali, se non dopo che ha sborsato una certa somma di denaro, a uno dei chirurghi dello spedale, in cui desidera d'essere ammesso. Questo chirurgo diviene il mecenate e il protettore di questo Giovine, lo dirige nei suoi studj, gli affida dei malati, e gli lascia fare qualche operazione. A Parigi i posti di allievi interni ed esterni si danno per concorso, e sono per conseguenza la ricompensa del merito. Con questo mezzo viene mantenuta una salutare emulazione fra gli studenti, e ciascun'anno si presenta un gran numero di candidati per disputare i posti vacanti. A Londra, questi posti non sono sempre coperti dal merito, mentre sono ivi accordati a chi può spendere. Questa organizzazione, benchè difettosa, presenta, a parer nostro, qualche vantaggio. Parecchi chirurghi dirigono lo stesso spedale, ciascun di loro è interessato ad avere sotto di lui un gran numero di Giovani; e per ottenere questo intento, conviene che faccia i maggiori sforzi onde acquistarsi una brillante reputazione, per estendere il dominio dell'arte, e conciliarsi la stima e l'amicizia dei suoi discepoli; e queste relazioni stabilite fra il maestro e lo scolare, ridondano in vantaggio di ambedue.

Prima di analizzare i *Saggj* di *chirurgia*, crediamo superfluo di notare alcune ingiuriose espressioni, contenute nel discorso del Professor Richerand. Questo discorso porta talmente l'impronta dell'esagerazione, ed è scritto con tanta parzialità, che si rende inutile di combattere le assurde asserzioni, di cui è pieno. Gli uomini dotati, come questo professore, d'un'ardente immaginazione, si abbandonano, allorchè il loro amor proprio è stato ferito da qualche critico, alla voga delle loro passioni, e allora vergano delle pagine, che vorrebbero poi farle sparire dalle loro opere, quando fanno ritorno a dei nobili sentimenti, degni dell'arte sublime, che professano. Del rimanente, la diatribe d'un'uomo di merito non impedirà ai medici, di trasportare nella loro lingua l'opere degli stranieri, allorchè essi trovano in questi scritti delle nuove vedute e degli utili precetti.

Astley Cooper tratta nel primo Saggio, delle lussazioni in generale, e di quelle della coscia. Egli fa sentire in questa memoria la necessità delle cognizioni anatomiche, affine di potere conoscere l'esistenza delle lussazioni, ed ha descritto le cause ed i sintomi caratteristici di queste malattie,

e questo chirurgo ha saputo valutare al giusto i mezzi proprj per ridurre queste lussazioni, gli ostacoli, che conviene superare per giungere a questo fine, e l'influenza del morale sulla loro riduzione. Egli preconizza l'uso delle puleggie per ridurre le lussazioni della coscia. Uno strumento difettoso può riuscire buono nelle mani d'un'abile chirurgo, ond'è che Cooper si è servito con molto vantaggio delle puleggie, ed ha attribuito al loro uso i successi, che sono solamente dovuti alla sua abilità, ed alle sue cognizioni anatomiche. Cooper ha esposto delle giudiziose riflessioni sull'uso dei mezzi interni, proprj a concorrere alla riduzione delle lussazioni. Egli tratta in seguito delle lussazioni del femore. La lussazione di quest'osso in alto, o sull'ileo, le sue cause, i suoi sintomi patognomonici ed i mezzi per ridurla, sono stati da esso diligentemente notati. La lussazione del femore in basso, o nel foro ovale, la lussazione di quest'osso in dietro, o nell'incisura ischiatica, le loro cause, i loro sintomi caratteristici, le alterazioni patologiche, a cui possono dar luogo, la loro cura tanto esterna, che interna, hanno fissato l'attenzione del pratico inglese.

La lussazione del femore sul pube è stata descritta da questo chirurgo colla stessa accuratezza delle precedenti. Questa memoria ricca d'osservazioni pratiche, è terminata da alcune riflessioni sulle fratture dell'ossa dell'anche.

Travers, nel secondo Saggio, ha trattato dell'infiammazione dell'iride, ed ha dimostrato l'efficacia del mercurio in questa flemmasia. Questo chirurgo ha riguardata questa questione sotto il rapporto della terapeutica. Affine di dirigere i pratici nell'uso nel mercurio, egli ha delineato due quadri propri a stabilire la differenza, che esiste fra l'infiammazione dell'iride prodotta dall'intempestiva amministrazione del mercurio, e fra quella, che è occasionata dal virus sifilitico. Una scoperta feconda di utili risultati, diviene una proprietà nazionale: essa accresce la gloria d'un popolo, e specialmente quella del suo inventore. Convinto dell'efficacia del mercurio nell'infiammazione dell'iride, Travers ha fatto tutti i suoi sforzi in questa memoria e nell'opera, che egli ha pubblicato *sulle malattie degli occhj*, affine di provare che Farre ed egli stesso hanno dimostrato i primi l'utilità delle preparazioni mercuriali in

questa flemmasia. La memoria di Travers, è senza dubbio, propria a spargere una viva luce sopra un punto di dottrina ancora dubbioso, e a dar luogo a nuove ricerche sopra una interessante questione. Il pratico inglese tratta di *ridicole* le pretensioni dei Tedeschi, relativamente all'amministrazione del mercurio nell'infiammazione dell'iride. Noi sentiamo un vero piacere nel far conoscere i servigj resi dagli autori, dei quali abbiamo tradotta l'opera; ma tutte lo riflessioni devono tacersi davanti la verità. Noi ci siamo esattamente informati delle lezioni cliniche del dottor Beer, abbiamo interrogato dei medici, che hanno seguito i corsi di questo professore, e siamo stati informati da un chirurgo inglese (il Dottor Romhild) che il pratico di Vienna preconizzava nel 1801 l'uso del mercurio nell'infiammazione dell'iride. Ma in fine, questa scoperta o appartenga a Travers, a Farre o a Beer, cosa import'egli per la scienza e per l'umanità? Basta per noi che sia stata propalata, e che i medici ne tirino partito per il bene dei loro malati.

L'osservazione dell'allacciatura dell'aorta ha formato il soggetto di troppe critiche, per potere dispensarci dall'esaminare se questa operazione era realmente indicata, o no. Nel fare questa allacciatura Astley Cooper ha egli esteso i limiti dell'arte, o non ha fatto che un funesto tentativo per il suo malato? Per confessione dei chirurghi, che hanno amaramente criticato l'operazione di Cooper, il malato era così indebolito, che egli non poteva sopravvivere ad una emorragia, da cui era minacciato. Il Sig. Nicod, che ha dato in molte circostanze delle prove di un lodevole zelo per i progressi della scienza, e ai di cui sforzi ci facciamo un piacere di applaudire, ha provato che questa allacciatura doveva necessariamente cagionare la morte del malato. Disgraziatamente egli ha offeso rispetto al chirurgo inglese, tutte le leggi della decenza, e non ha avuto per esso quei riguardi, che sono dovuti ad un'uomo di genio. Certamente la verità non deve tacere per nissun reflesso, ma la critica dev'essere moderata per essere utile, e non deve giammai degenerare in satira.

Astley Cooper è stato animato da nobili sentimenti allorchè si è deciso di fare l'allacciatura dell'aorta. Questo

chirurgo aveva fatto parecchi infruttuosi tentativi per salvare la vita al suo malato, e vedendo che la morte d'Hutson era inevitabile, se l'arte non poteva arrestare i progressi della sua malattia, prese il partito di allacciare l'aorta. Le ricerche d'anatomia patologica, che egli ha fatto sull'utilità dell'arterie collaterali per mantenere la circolazione nelle membra, di cui è stato allacciato il principal vaso, sono interessantissime, e meritano di fissare l'attenzione degli osservatori.

Il gran numero di queste anastomosi fece credere a Cooper che l'arterie collaterali del membro aneurismatico, basterebbero per mantenere la circolazione e la vita in questa estremità. L'esperienza gli ha dimostrata, e dimostrerà sempre a coloro, che saranno tentati d'imitare la condotta di questo chirurgo, che dei vasi collaterali non possono mai supplire, per quanto numerosi essi siano, a una immensa arteria, che lancia il sangue e una parte del basso ventre, ed all'estremità inferiori. L'operazione fu fatta con un'imperturbabile sangue freddo ed una rara abilità. Il malato perì quarant'ore dopo l'operazione. Cooper fece l'apertura del cadavere in presenza di parecchj distinti chirurghi, e d'un gran numero di Giovini studenti. Egli ha consegnato nella sua memoria i risultati di questa sezione cadaverica, vi ha esposto delle giudiziose riflessioni intorno la causa della morte di Hutson, ha proposto un nuovo mezzo per fare l'allacciatura dell'arterie, ed ha terminato questa memoria col racconto d'una operazione d'aneurisma, che fu coronata dal più brillante successo.

Allorchè si manifesta uno scolo, o un'infiammazione degli organi genitali, i medici attribuiscono troppo sovente questa malattia all'azione del virus sifilitico, e si affrettano a combatterla col mercurio. Questa terapeutica dà luogo, in un gran numero di casi, a dei gravi inconvenienti, specialmente nei malati deboli e irritabili. Se l'infiammazione dipende dal virus venereo, bisogna cominciarne la cura cogli antiflogistici, e non amministrare i mercuriali se non dopo di avere dissipato lo stato inflammatorio. L'esperienza ha provato al Sig. Travers che l'amministrazione del mercurio in uno stato d'irritazione, è antirazionale. Questa questione di medicina pratica non poteva essere decisa

che dall'osservazione clinica; ond'è che Travers ha riunito un gran numero di fatti, per sostenere le proposizioni da esso avanzate. L'intempestiva amministrazione del mercurio dà origine sovente al fimosi e al parafimosi: Travers n'ha riportati parecchj esempj. Questo chirurgo ha indicato nella sua memoria, le cause del fimosi e del parafimosi, ed i casi, nei quali l'operazione è, o no indicata. Siccome egli non ha descritto l'operazione del fimosi e del parafimosi, noi avremmo potuto riempiere questa lacuna, parlando del processo, con cui il Sig. Lisfranc eseguisce queste due operazioni. Questo chirurgo, di cui abbiamo seguito i corsi di chirurgia operatoria, ci aveva comunicato una interessantissima nota intorno queste operazioni, e l'avremmo ben volentieri inserita alla fine della memoria di Travers, se questo *Saggio* non fusse stato già stampato quando ricevemmo quella nota: egli è vero che noi n'avremmo potuto profittare in questo nostro discorso; ma sapendo che questo distinto chirurgo deve pubblicare quanto prima un corso d'operazioni, abbiamo creduto in questa circostanza, di non dovere consultare che gl'interesse della scienza, ed abbiamo lasciato ad un'uomo di merito il vantaggio di offrire il primo la sua opinione al pubblico su questo punto di dottrina. Noi prendiamo con piacere questa occasione per assicurare questo professore della nostra riconoscenza, per l'amicizia, di cui egli ci onora, e per l'istruzione, che abbiamo acquistata alle sue lezioni.

Astley Cooper ha dirette le sue indagini sopra l'esostosi. Esso non ha trattato, nella quarta memoria, dell'esostosi venerea. Questo chirurgo ha diviso l'esostosi in *esostosi periostiale*, ed in *esostosi midollare*. Egli ha riconosciuto ancora due altre specie di esostosi; 1.° *l'esostosi cartilaginosa;* 2.° *l'esostosi fungosa*. Dopo aver fatto menzione degli ossi, su i quali questo tumore si dichiara più frequentemeute, questo pratico ha descritto i sintomi dell'esostosi fungosa, situata sulla membrana midollare, ha descritto il corso più, o meno rapido di questo tumore, la sua influenza più, o meno grande sulla costituzione, e l'esulcerazione dei tubercoli, lo scolo della sierosità e la gangre-

na, a cui dà luogo. Egli è giunto a conoscere l'alterazioni patologiche prodotte da questo tumore. Allorchè questa esostosi è di una natura fungosa, prende la sua origine da un'affezione generale. La cura di questa malattia risulta necessariamente dalla sua diagnosi: 1.° combattere in principio l'affezione generale coll'ossimuriato di mercurio, amministrato a piccola dose, e unito alla salsapariglia: 2.° prescrivere le mignatte ed i vessicanti, per arrestare i progressi dell'esostosi; 3.° se la malattia non cede all'azione di questi mezzi, si deve ricorrere ai tonici, per ristabilire le forze, e mettere la malata in grado di sopportare l'amputazione, o l'asportazione del tumore; questo è il metodo curativo, proprio a combattere questa malattia.

Cooper ha tentato di distruggere l'esostosi fungosa, allacciando l'arteria, che l'alimentava; ma questo tentativo non ha avuto un felice successo, come egli stesso confessa, narrando i casi, nei quali non gli è riuscito. Si riconosce in questo l'uomo superiore, il quale non teme di confessare i proprj sbaglj, e non bilancia di sacrificare la sua gloria agl'interessi della Scienza e dell'umanità. Il chirurgo dello spedale di *Guy* consiglia una cura locale, o generale nell'esostosi midollare. Questa memoria di Cooper è rimarcabile sotto varj rapporti: l'ordine e la precisione, con cui l'autore espone le sue idee, il modo con cui egli collega i fatti colla terapeutica, e le numerose ricerche d'anatomia patologica contenute in questa memoria, la rendono interessantissima.

Cooper ha anche fissato la sua attenzione sull'aperture contro natura del canale dell'uretra. Affine di distruggere i ristringimenti dell'uretra, questo pratico ha consigliato d'introdurre in detto canale delle candelette metalliche, e d'aumentarne poco a poco il volume. In alcuni casi, queste aperture dell'uretra sono talmente profonde, e affettano in tal modo le parti adjacenti, che è impossibile di guarirle, sia colle candelette, o coll'uso del catetere, o pure per mezzo del caustico; allora bisogna ricorrere all'operazione.

Un'ulcera dell'uretra nasce talvolta dalla debolezza della costituzione. In questo caso, l'uso delle candelette è pro-

prio a mantenere ed aumentare l'irritazione dell'uretra. Bisogna rimontare alla causa del male, e ristabilire le forze con i tonici e con un vitto corroborante. Allorchè queste aperture dell'uretra sono accompagnate da una perdita di sostanza dell'istesso canale, sono lungamente ribelli ai diversi mezzi, che si usano per farle cicatrizzare. Egli è in queste circostanze, in cui il morale del malato è profondamente affetto, che il chirurgo deve imitare la condotta di Cooper, cioè, deve procurare di fare cicatrizzare l'apertura fistolosa, applicando su i bordi e sulle parti ambienti un caustico, come l'acido nitroso, a reiterare questa applicazione, se la prima non ha prodotto dei buoni effetti. Allorchè si sono esaurite quasi tutte le risorse dell'arte, bisogna sull'esempio di Cooper, creare una nuova uretra: questa operazione rende un servizio inapprezzabile al malato, e fa brillare in tutto il suo aspetto il merito del chirurgo. Cooper praticò un nuovo canale in un caso quasi disperato, e questa operazione ebbe un felice successo.

Il secondo volume si compone d'una memoria di Travers, e di tre saggj d'Astley Cooper.

I gravi sintomi, che si manifestano sovente in conseguenza dell'infiammazione della tunica interna delle vene, sono stati l'oggetto delle ricerche e delle meditazioni di Travers; dei dati, attinti nella fisiologìa, nell'anatomìa comparata e patologica, e nella patologìa, sono stati impiegati da questo chirurgo per rischiarare questa questione. L'infiammazione cagionata dall'allacciatura e recisione delle vene è stata da esso osservata e accuratamente descritta: questo pratico ha raccolto un gran numero di fatti, affinchè non si potessero revocare in dubbio i pericoli di questa infiammazione. Allorchè questa flemmasia ha cagionato la morte, è stata fatta l'apertura del cadavere, ed i resultati di queste sezioni sono consegnati nella memoria del chirurgo inglese. Egli ha stabilito in questa sua memoria, le principali differenze, che esistono fra le vene, e l'arterie, relativamente alla loro struttura, e alle loro malattie. Ha notato gli effetti dell'allacciature delle vene, ed ha finito la memoria, coll'esame delle cause, che fanno terminare colla morte l'infiammazione delle vene.

Questo Saggio di Travers è seguito da un gran numero di osservazioni cliniche, raccolte da Cooper, intorno le lussazioni della coscia.

Astley Cooper ha trattato nella prima memoria della seconda parte: 1.° delle fratture del collo del femore; 2.° delle lussazioni e delle fratture del ginocchio; 3.° della lussazione complicata dell' articolazione della gamba col piede; 4.° delle lussazioni dell' osso del tarso. Questo pratico ha esposto le cause, descritto i sintomi caratteristici della frattura del collo del femore, la maniera, con cui si forma il callo, e l' apparecchio, che bisogna impiegare per rimediare a questa frattura. Egli ha fatto parecchie esperienze per conoscere in quanto tempo si forma il callo.

Le lussazioni della rotula in alto, quelle della tibia nell'articolazione del ginocchio, sono state descritte da Cooper. Questo pratico ha fatto parecchie esperienze sulla formazione del callo nella frattura della rotula, e queste esperienze gli hanno somministrato dei dati esatti sull'intervallo, che esiste a tale, o tal'altra epoca, fra i due frammenti, e sulla natura della sostanza, per mezzo di cui si opera la formazione del callo.

Noi non staremo a fare l' analisi dei travagli di Cooper sulle lussazioni della gamba, ma ci limiteremo solo a indicare le circostanze, che reclamano, o no l' amputazione nelle lussazioni complicate dell'articolazione della gamba col piede. Questa operazione è necessaria, 1.° allorchè sono stati aperti dei vasi essenziali, e ehe la piaga è molto estesa; 2.° quando il piede è gaugrenato; 3.° allorchè la contusione è molto considerabile; 4.° quando la suppurazione è troppo abbondante, e che ha dato luogo all'esulcerazione dei ligamenti; 5.° quando questa lussazione ha prodotto un'eccessiva deformità del piede. Alcuni chirurghi hanno praticato questa operazione, allorchè questa lussazione era complicata dal tetano. Cooper biasima molto i chirurghi, che ricorrono all' amputazione in questa circostanza. L' esperienza prova che l' amputazione è quasi sempre funesta ai malati, e che prima di procedervi bisogna combattere l' affezione tetanica.

Astley Cooper ha diretto la sua attenzione su i tumori

cistici. Le cause di questi tumori, la loro sede, il loro volume, i loro sintomi caratteristici, il loro numero, la loro formazione e la loro cura hanno successivamente formato l'oggetto delle ricerche di questo pratico.

Questa analisi dei *Saggj di chirurgia*, proverà certamente ai nostri lettori, che abbiamo tradotto nella nostra lingua un'opera eminentemente pratica. Abbiamo creduto doverci fare alcune note, che ci sono parse indispensabili, per rettificare qualche erronea asserzione. Abbiamo sottoposto la nostra traduzione al giudizio del Sig. Chavernac, il quale ha esercitato con successo la chirurgia a Londra, ed egli, che ci onora della sua amicizia, ci ha assistito con i suoi consiglj, e ci facciamo un piacere di proclamare i servigj, che ci ha reso, e ci reputiamo fortunati di poter cogliere questa occasione per attestare la nostra riconoscenza a un'uomo, che a una profonda istruzione, riunisce una rara modestia.

AL SIGNORE

ABELE CHAPMAN

SCUDIERE, TESORIERE DELLO SPEDALE *SAINT-THOMAS*

E AL SIGNORE

BENIAMINO HARRISSON

SCUDIERE, TESORIERE DELLO SPEDALE DI *GUY*.

Signori.

Non avvi bisogno di far conoscere al pubblico i servigj, che voi rendete alla Società nei nobili Istituti, alla cui testa Voi siete situati: le vostre buone qualità non possono essere veramente apprezzate che da quelli, i di cui rapporti cogli Spedali, li mettono in grado di essere giudici dello zelo, che giammai cessa d'animarvi in favore degli sventurati, e dell'ordine e della proprietà, che voi fate regnare in questi sacri asili, e dei soccorsi, che la vostra umanità vi porta a prodigare a coloro, le di cui malattie o sventure l'obbligano a reclamare il vostro appoggio. La vostra filantropia non si

limita solo a invigilare i nostri Spedali, poichè, oltrepassando il recinto di questi stabilimenti, ella ha inalzato degli Anfiteatri, fondato dei Musei, aperto dei corsi pubblici ed ha abbracciato tutto il dominio delle mediche Scienze.

Possiate continuare lungo tempo, Signori, ad essere alla testa di questi utili Stabilimenti, che avete diretto con tanta sagacità e zelo! Tale è il voto ardente e sincero, che formano i vostri amici, e devoti servitori

Londra 1 Gennajo 1818.

ASTLEY COOPER,
BENIAMINO TRAVERS.

PREFAZIONE

DEGLI AUTORI.

Gli autori di questo Trattato avevano formato da parecchj anni il progetto di fare un' opera, simile a quella, che pubblicano adesso; ma questo lavoro fu aggiornato all' epoca, in cui il più giovine di essi doveva rimpiazzare il chirurgo dello spedale *Saint-Thomas*, o quello di *Guy*.

Sarebbe impossibile di conoscere le feconde sorgenti d' istruzione, che si trovano riunite in questi spedali, e di non desiderare (come gli autori di quest' opera) d' acquistare nel loro seno delle cognizioni così estese, quanto i vantaggj che essi presentano, poichè questi due stabilimenti contengono più di ottocento malati, indipendentemente da quelli, che vengono in folla a consultare i chirurghi di questi spedali.

I varj casi, che si offrono necessariamente ai chirurghi di questi due stabilimenti, la facilità con cui possono amministrare i loro differenti mezzi terapeutici, le occasioni, che hanno d' ingrandire il dominio dell' arte loro, d' osservare i risultati generali e comparativi di ciascun processo operatorio, e specialmente di fare delle ricerche d' anatomia patologica, procedendo prontamente all'apertura dei cadaveri, e all' esame delle parti, che sono asportate per mezzo dell' operazioni, tali sono gl' immensi vantaggj, che si trovano riuniti in questi due spedali.

Questi vantaggj, ben proprj ad indennizzarci dalle fatiche, che ci costano le ricerche cliniche, sono tali da te-

gliere qualunque pretesto alla colpevole indifferenza di coloro, i quali convinti di ciò, che potrebbero fare per la scienza, non sentono il desiderio d'ingrandire la sfera dell'osservazione, e di trasmettere agli altri il risultato dei loro travaglj.

Per quanto numerosa sia la classe degli studenti, che frequentano gli spedali della capitale, e qualunque sia lo zelo, da cui sono animati per acquistare dell'istruzione, non è concesso che ad un piccolo numero di essi di dimorare lungamente in queste scuole di pratica.

Egli è da desiderarsi, che si diriga, durante un tal tempo, l'attenzione degli studenti sugli oggetti, che sono per essi della più alta importanza, che vengano esercitati nel dedurre delle giuste conclusioni dei fatti sottoposti giornalmente alla loro osservazione. Allorchè questi giovani chirurghi si stabiliscono lontano dalla capitale, e che sono ridotti alla loro propria pratica (necessariamente circoscritta, per quanto possa essere estesa) non è meno da desiderarsi che questa lontananza dalla sorgente dell'istruzione non giunga a smorzare e diminuire il loro naturale ardore per lo studio; che essi siano continuamente in rapporto con i progressi sempre crescenti dell'osservazione, e che non perdano giammai di vista gl'immensi risultati della clinica esperienza.

Guidato da questi sentimenti troppo nobili per trovare la loro origine nella presunzione, gli autori di quest'opera sperano, che questi *Saggj* di *chirurgia*, che contengono le loro più sane opinioni, e più utili vedute, potranno esercitare in seguito una salutare influenza sulla pratica della loro arte: e, infatti essi fanno conoscere gli errori popolari in chirurgia, e spargono una viva luce su parecchj punti di dottrina, che sono dubbiosi, o immersi fino al presente in una profonda oscurità.

Non può aspettarsi di trovare dei dettaglj sulla pratica degli spedali nelle raccolte delle Società di medicina, e nei giornali periodici; le osservazioni, che riguardano una sola branca della Scienza, non richiamano ordinariamente l'attenzione che di una classe di lettori, specialmente quando esse si riferiscono piuttosto ai fatti ordinarj, che ai casi rari, giacchè non entra nè nelle vedute, nè negl'interessi

dei redattori dell' opere periodiche, di pubblicare dei fatti straordinarj. I redattori dell' opere periodiche possono essere portati a pubblicare un' osservazione, per la sola ragione che si allontana dalle regole ordinarie, ma in generale quanto più un' osservazione è meravigliosa, tanto meno è importante (1) per la massa dei lettori, e l' utilità dei fatti ordinarj deve superare l' altra considerazione. Questi Scrittori devono riflettere che i fatti, i quali meritano di fissare la nostra attenzione, ma su i quali uno non si approfonda, perchè vi si presentano quotidianamente, non sono perciò meno degni d' essere conservati.

Egli è evidente che un' osservazione clinica, la quale vi si presenta ordinariamente, è più utile allorchè è coordinata con dei casi, che sono presso a poco della stessa natura, che allorquando è isolata, e non avvi bisogno d' un gran numero di esempj per sostenere questa proposizione. Non è che moltiplicando i fatti e collegandoli insieme, che si apprezzano quanto meritano, e che ci si presentano nel loro vero aspetto. In questo caso solamente possono esser riguardati come solidi fondamenti, su cui si può inalzare una buona teoria.

Sarà forse inutile di avvertire che noi non faremo alcuno sforzo per indurre i nostri lettori ad adottare le nostre opinioni. I casi, che non ci sono andati bene, sono narrati colla stessa accuratezza di quelli, in cui abbiamo ottenuto dei felici successi. Gli errori della nostra pratica sono esposti con altrettanta fedeltà, che le guarigioni, che abbiamo operate, e noi non impediremo giammai alla verità di fare dei progressi, procurando di occultare i nostri sbaglj. A tale effetto evitiamo tutte le discussioni polemiche; e nel tempo che procuriamo di meritare la stima e l' amicizia dei nostri confratelli, *studiis et rebus honestis*, noi amiamo meglio essere bersaglio ai colpi della critica, che di censurare l' opinioni e l' idee degli altri.

La natura delle materie contenute in questo Trattato, ci dispensa dal reclamare l' indulgenza del lettore perciò,

(1) L' esempio dell' allacciatura dell' aorta è un' eccezione a questa osservazione.

che concerne la parte letteraria, il merito d'un'opera come questa deve consistere, per quanto ci pare, nell'esattezza e nell'importanza delle osservazioni, piuttosto che nell'eleganza dello stile. Nel fare rappresentare nelle tavole, che si trovano alla fine di ciascun volume, lo stato delle diverse parti affette, noi abbiamo avuto in mira di rendere meno dispendiosa l'opera, e di aumentare nel tempo stesso la sua utilità.

La brama di offrire ai nostri lettori i resultati d'un'esperienza più estesa, e acquistata mediante l'esercizio della chirurgia in due diversi spedali, è il solo motivo che ci ha impegnato a riunire i nostri sforzi per l'esecuzione di quest'opera: noi speriamo di poter essere presto in stato di pubblicare una seconda parte, in continuazione di questa; ma per adesso non possiamo fissare l'epoca, in cui ci sarà permesso di pubblicare questo nuovo lavoro.

DELLE

LUSSAZIONI

D'ASTLEY COOPER.

DEFINIZIONE.

Vi è lussazione quando la porzione articolare d'un'osso è uscita fuori della sua cavità naturale.

Necessità d'un pronto soccorso.

Fra i varj accidenti, cui va soggetto il corpo umano, ve ne sono pochi che esigano un soccorso più pronto delle lussazioni, e che possano maggiormente compromettere la reputazione d'un chirurgo; poichè se si lascia passare troppo tempo prima di tentarne la riduzione, si aumentano le difficoltà di venirne a capo, e sovente diviene impossibile di operarla. Se il chirurgo non conosce la lussazione, e che per conseguenza non la riduca, il malato diviene una prova vivente della di lui ignoranza, o della di lui inavvedutezza. » Qual malattia è ella questa? mi disse un'individuo, nel presentarsi a me per consultarmi, nell'atto che si scopriva una spalla: è una lussazione del braccio, risposi; la giudicate voi tale? replicò egli, giacchè il Signor ..... mi ha assicurato che questo braccio non è lussato. Quanto tempo è, soggiunsi, che vi è accaduto questo accidente? Sono parecchie settimane, rispose il malato. = Dunque voi non avete creduto di dover lasciar fare alcun tentativo per operarne la riduzione dopo ciò, che vi ha detto il primo chirurgo, che avete consultato? = Sicuramente, replicò egli; ma farò in modo che da qui innanzi quel signor chirurgo non sia più incaricato di ridurre le lussazioni; poichè lo segnalerò per un'iguorante nel paese, dove io ho fissato la mia dimora. Questo malato era vendicativo, e mantenne la sua parola arrecando un gran pregiudizio al chirurgo, il quale dovè soffrire sovente di sentirsi rimproverare la sua insufficienza da quell'uomo, che incontrava spesso nel fare le sue visite, e il quale per maggiore scorno soleva poi ripetere sovente, il Signor .... è un buon farmacista, ma non sa nulla in chirurgia.

In un caso di lussazione del femore, che non era stata ridotta, fu fatto un consulto per determinare la natura della malattia, e dopo lunghe discussioni, uno dei chirurghi concluse, dicendo al malato: voi potete ringraziare la provvidenza, poichè noi tutti pensiamo che il vostro membro non è lussato.

Necessità delle cognizioni anatomiche.

Sono necessarie ai chirurghi profonde cognizioni anatomiche, affine di poter conoscere l'esistenza delle lussazioni, e per apprezzar i migliori mezzi di ridurle. Sarebbe desiderabile che i nostri giovani studenti non trascurassero tanto lo studio della struttura dell'articolazioni. Essi fanno sovente la dissezione dei muscoli d'un membro con un'estrema accuratezza e la maggior precisione, ed abbandonano poi questo lavoro senza esaminare i ligamenti, la di cui cognizione è pertanto importantissima per il chirurgo. La mancanza dei necessarj lumi su questo particolare fa commettere dei gravi errori a quelli, che cominciano ad esercitare l'arte loro: ciò, che non deve sorprendere, mentre anche a coloro che hanno fatto un lungo studio su i ligamenti, e che possiedono estesissime cognizioni in questa parte dell'anatomia, si rende talvolta difficile di conoscere l'esistenza delle lussazioni dell'articolazione della coscia, del cubito, e della spalla.

Anche i chirurghi del nostro spedale, i quali hanno trascurato lo studio anatomico dei ligamenti, s'ingannano talvolta sulla natura delle lussazioni; in fatti io ho visto applicare nello spedale, delle puleggie sopra un malato di una frattura al collo del femore, che era stata presa per una lussazione, e quell'infermo, vittima dell'ignoranza del chirurgo, fu sottoposto ad una estensione violenta e lunga. Da ciò si rileva quanto è utile di ben conoscere la forma dell'estremità degli ossi, il loro modo di articolazione, i ligamenti che li uniscono insieme, e la direzione, in cui agiscono i più larghi muscoli.

Sintomi delle lussazioni.

L'immediato effetto di qualunque lussazione è di alterare la forma dell'articolazione, di produrre sovente un cambiamento nella lunghezza del membro, e di cagionare una quasi intera perdita del movimento della parte, allorchè i muscoli hanno avuto il tempo di contrarsi Se la lussazione è recentissima, il membro si muove ancora con facilità, come ne ho visto un'esempio in un malato, che era stato trasportato allo Spedale di *Guy*, pochi minuti dopo che egli aveva sofferta la lussazione del femore in dentro del foro ovale, e rimasi sorpreso di osservare, che egli poteva, in un caso così grave, fare eseguire parecchj movimenti al membro lussato; ma in meno di tre ore i muscoli si contrassero, e fissarono l'osso nella sua nuova posizione.

Il sangue si stravasa sovente in gran quantità nei contorni dell'articolazione, ed impedisce di riconoscere a prima vista l'esistenza della lussazione, mentre la gonfiezza è talvolta così considerabile, che nasconde intieramente l'estremità dell'ossa.

La pressione del capo dell' osso su i muscoli, cagiona un dolore ottuso, che talvolta diviene acuto, quando la pressione è esercitata sopra un grosso nervo. Questa causa produce la paralisia delle parti situate al di sotto dell' articolazione, conforme ne ho osservati degli esempj nella lussazione della spalla. In altri casi l' osso comprime delle parti importanti, e produce talvolta degli accidenti di natura tale, da compromettere la vita del malato. Ho citato per parecchi anni nelle mie lezioni un' osservazione, di cui il signor Davie di Bungay si era compiaciuto di trasmettermi i dettaglj Era relativa ad una lussazione della clavicola, in cui questo osso esercitava sull' esofago una pressione così forte, da mettere in pericolo la vita dell' infermo. Narrerò in seguito più estesamente questa osservazione.

Si arriva a sentire ordinariamente il capo dell' osso lussato nella sua nuova posizione, eccettuato in alcune lussazioni del femore, nelle quali il movimento di rotazione del capo di questo osso è sovente il miglior segno per conoscere l' esistenza di tal lussazione. L' apofisi situate nei contorni delle articolazioni divengono meno sensibili, come si osserva riguardo al gran trocantere, nella lussazione della coscia. Talvolta succede il contrario; nella lussazione del cubito, per esempio, l' olecrano è più prominente che nello stato ordinario.

Della crepitazione.

Gli effetti meno sensibili delle lussazioni sono:

1.° Un senso di crepitazione, prodotto dallo stravaso dell' albumine nell'articolazione, e nelle membrane che contribuiscono a render densa la sinovia.

2.° Uno scricchiolamento in ogni moto, che eseguisse il malato; circostanza che tutti i pratici devono aver presente, perchè può indurli a sospettare l' esistenza d' una frattura, quantunque questo accidente non esista.

Infiammazione.

L' infiammazione è leggiera, in generale, nelle lussazioni; ma talvolta si manifesta uno stato di suppurazione dopo la riduzione della lussazione, che porta il malato alla morte. Dobbiamo la seguente osservazione al signor Howden, uno dei migliori allievi dello Spedale di *Guy*, e che ha servito in seguito come chirurgo nelle armate. = Un' individuo soffrì una lussazione del femore in alto e in dietro: l' osso si trovava situato sull' ileo. Questa lussazione fu ridotta subito; ma il giorno dopo l' operazione si manifestò una considerabil gonfiezza accanto l' articolazione, che fece dei rapidi progressi, fu accompagnata da dei brividi, ed in quattro giorni portò il malato alla tomba. Fu fatta con molta diligenza la dissezione di questa articolazione, e furono trovati intieramente strappati il ligamento capsulare, e il triangolare. ed una gran quantità di marcia inondava le parti vicine. « Consultate le *Memorie della società di Medicina*, 12. novembre 1791.

Io ho curato un capitano di vascello all'occasione che egli aveva sofferto una lussazione del femore in alto: fu praticata l'estensione, e tutto sembrava doverne assicurare il successo: ma in capo ad alcuni giorni si formò un'ampio ascesso nella coscia, che fece perire il malato. Per altro, conforme ho già detto, l'infiammazione che nasce in consegnenza di queste lussazioni è, generalmente parlando, leggiera. Se non n'è stata operata la riduzione, l'osso si crea una nuova cavità, e ricupera poco a poco una parte dei suoi movimenti; ma se si trascura di ridurre le lussazioni dell'estremità inferiori, il malato resta zoppo per tutto il resto della vita; e quando si lasciano senza ridurre le lussazioni dell'estremità superiori, i movimenti e la forma di queste estremità soffrono una grande alterazione.

Dissezione.

Nel dissecare i cadaveri di quelli, che sono morti a cagione di violenti lussazioni, si trova che il capo dell'osso ha intieramente abbandonata la sua cavità. Il ligamento capsulare è trasversalmente strappato per un lungo tratto; i ligamenti proprj dell'articolazioni, come il ligamento triangolare dell'articolazione della coscia, sono strappati nel mezzo; ma non si trova strappato il tendine del bicipite nelle lussazioni dell'umero, conforme ho potuto convincermene dissecando l'articolazione umero-scapulare. Per altro, questa ultima circostanza non si presenta in tutte le lussazioni dell'umero.

I tendini, che ricoprono i ligamenti sono parimente strappati; così, il tendine del muscolo sotto-scapulare lo è nelle lussazioni dell'articolazione umero-scapulare; ond'è che l'osso trova in seguito maggior facilità a uscire dalla sua cavità articolare, a cagione dell'estensione di questo strappo. Alcuni muscoli appariscono molto accorciati, ed altri molto allungati, come il psoas e l'iliaco interno nelle lussazioni del femore in basso; si osserva ancora talvolta in questa lussazione, un grande strappo nei muscoli pettineo, e nel corto adduttore, ed un considerabile stravaso di sangue nel tessuto cellulare.

Dissezione delle lussazioni accadute da lungo tempo.

Allorchè una lussazione è antica, il capo dell'osso si crea una nuova articolazione nei muscoli; la cartilagine articolare non resta distrutta, quando è in contatto con i muscoli, ma se è in contatto coll'osso, la superficie cartilaginosa è assorbita, ed anche una porzione del capo dell'osso viene a distruggersi per l'effetto dell'assorzione. La primitiva natural cavità si riempie di una secrezione ligamentosa, la sua capacità diminuisce, e la sua forma è alterata dallo stravaso di una materia ossea, il di cui sviluppo è favorito dalla pressione, che il capo dell'osso esercita nella nuova posizione. Quando il capo d'un'osso fuor di sito, riposa sopra un denso strato muscolare nel tessuto cellulare, un nuovo ligamento viene a formarsi attorno questo capo; egli non è attaccato alla superficie cartilaginosa di questa eminenza ossea, e rinchiude nelle

lussazioni del femore, gli avanzi del ligamento triangolare (*ved.* la tavola, nella quale è delineata la lussazione del femore, nell'incisura ischiatica). Ma se il capo dell' osso è situato sulla superficie di un' altro osso, o sopra un muscolo sottile , questo muscolo viene a distruggersi per l'effetto dell'assorzione, e l'osso pure soffre una considerabile alterazione. Se la lussazione non è stata ridotta, il capo dell'osso lussato, e la cavità articolare , in cui è contenuto, subiscono ambedue un cambiamento in quanto alla loro forma. La pressione esercitata dal capo dell'osso produce, (come negli altri casi , in cui ha luogo questa pressione) l'assorzione del periostio e dell' osso; si forma una superficie concava e liscia , e la figura del capo dell'osso si altera, onde adattarsi a questa nuova cavità: ma nel tempo che continua questa assorzione , una materia ossea , proveniente dall' irritazione, e non dall' assorzione del periostio, si depone attorno della parte , con cui il capo dell'osso è a contatto. Questa materia ossea è stravasata fra il periostio e l' osso primitivo, e forma una cavità idonea a ricevere il capo dell' osso lussato. Sarebbe difficile di poter citare un' altro caso , che offra un' esempio più rimarchevole della forza , che la natura impiega per alterare la forma delle parti , e per metterle in rapporto con i cambiamenti , che si sono operati. (*Ved.* le tavole.

Ma quando dei grossi e voluminosi muscoli si trovano situati fra il capo dell' osso e la parte , su cui riposa questa eminenza, non si riscontra alcun cambiamento, tanto in questa apofisi , come pure nelle parti , colle quali essa è in rapporto, conforme si osserva , esaminando la lussazione del femore nell' incisura ischiatica. (*Ved.* le tavole).

La nuova cavità , che si è in cotal guisa formata , circonda talvolta così completamente il capo dell' osso lussato , che esso rimane in questa cavità , (*Ved.* la tavol.) la quale è liscia nella sua parte interna ; per mezzo di questo meccanismo l' osso può eseguire dei movimenti nella sua nuova cavità articolare.

I muscoli, la cui azione diminuisce, si contraggono, e cadono nell' atrofia.

Lussazioni prodotte da uno stato di rilasciamento.

Le lussazioni cagionate dalla violenza , sono sempre accompagnate dallo strappo dei ligamenti dell' articolazione : esse possono essere ancora prodotte solamente dal rilasciamento di questi ligamenti medesimi.

Ho visto in casa mia , una ragazza , la quale poteva a sua voglia rimuovere la rotula dalle superficj dei condili del femore ; i suoi ginocchj erano considerabilmente curvati in dentro , e allorquando il muscolo retto agiva sulla rotula, questa si allontanava dal femore, nella direzione di una linea corrispondente al tubercolo della tibia , e si trovava situata quasi a piatto sul lato del condile esterno del femore. Questa ragazza era nata nel mezzo giorno dell' Europa , e mi disse che essa era stata destinata a far la ballerina fino dai suoi primi anni; essa si trovava nell' istesso caso dei ragazzi , che ballano su i tavolozzi dei saltibanchi nelle strade di Londra , e attribuiva la debolezza , in cui era, ai ripetuti sforzi, che aveva fatto per primeggiare nell' arte sua.

Uno stato di rilasciamento nei ligamenti, è ancora prodotto da un'accumulo di sinovia nell'articolazioni. Il sig. Shillito chirurgo di Londra, mi pregò di visitare la serva di una persona, che dimorava nel mio quartiere. Questa giovane aveva un considerabile ingorgo nell'articolazione del ginocchio, che proveniva da una sovrabbondante secrezione di sinovia. Quando questo umore fu riassorbito, il rilasciamento dei ligamenti divenne così considerabile, che ogni volta che questa ragazza camminava, i muscoli contraendosi, producevano la lussazione della rotula. Feci trasportare la malata allo Spedale, affinchè gli scolari potessero osservare questo caso, che vado a narrare dettagliatamente.

Osservazione.

Anna Parish, fu ricevuta allo spedale di *Guy* nell'autunno dell'anno 1810, a motivo di una lussazione della rotula sinistra, prodotta da rilasciamento dei ligamenti. Essa soffriva fino da quattro anni, d'un'accumulo di sinovia, che la molestava e la faceva soffrire nel camminare. Erano stati applicati senza successo dei vessicanti sul ginocchio, ed erano stati sperimentati anche altri rimedj, quattro mesi avanti, che entrasse nello spedale. Allorchè il ginocchio ebbe acquistato un volume considerabile, questa tumefazione si dissipò spontaneamente, e la malata si accorse allora che la sua rotula si lussava quando allungava la gamba. Essa provava una dolorosa sensazione ogni volta, che si rinnovava questo accidente, e si ridusse a non potersi servire punto di questo membro, poichè ella si lasciava cadere a terra al momento, che la rotula usciva dalla sua cavità articolare, e questa lussazione si riproduceva tutte le volte che voleva camminare, senza avere prima applicata una fascia attorno questa articolazione Quando la rotula abbandonava la sua natural posizione, veniva a situarsi sul condilo esterno del femore, e non ritornava nella sua primitiva cavità, che con l'ajuto di una forte pressione, esercitata colla mano su quest'osso La malata godeva in quanto al resto di una buona salute. Feci mettere sulla rotula delle pezzette agglutinative ed applicarvi una fasciatura, e finchè furono usati questi soccorsi, la lussazione non si riprodusse, ma rinacque appena che la malata ne cessò l'uso. Io aveva ordinato di applicare un ginocchiere sulla rotula.

Lussazioni prodotte dall' atonia dei muscoli.

Se i muscoli restano lungamente in uno stato di estensione, e se il loro tuono diminuisce, o se sono privati del moto a cagione d'un'affezione paralitica, le lussazioni sono allora prodotte da leggerissime cause, ma per altro si riducono facilmente.

Osservazione.

Il Signore. . . . che presentemente dimora in Londra, era impiegato nel suo soggiorno nell'Indie Orientali, in qualità di uffiziale subalter-

no, a bordo d'un vascello. Egli era sotto gli ordini del contro mastro del naviglio, nel tempo che il capitano era a terra. Per una leggierissima mancanza fu condannato al seguente supplizio: il suo piede fu situato sopra la parte più alta della tolda, e nel tempo che stava in questa posizione, che durò un'ora, gli furono dati sul braccio dei colpi terribili con una verga. Allorchè ritornò in Inghilterra, egli poteva fare uscire prontamente l'umero dalla sua cavità articolare, alzando il braccio sulla testa, ma una leggiera estensione bastava per ridurre questa lussazione: il volume dei muscoli era diminuito, come nel caso di paralisia. Questo uffiziale richiamò alla giustizia il contromastro, e io fui intimato a dire il mio parere; ma il contromastro preferì piuttosto in principio di quest'affare, di pagare una indennità al querelante.

Fui pregato di visitare un fanciullo, che era attaccato nel lato destro da una di quelle affezioni paralitiche, che si manifestano così spesso nel tempo della dentizione. I muscoli della spalla erano diminuiti di volume, e questo ragazzo poteva portar l'umero sul bordo posteriore della cavità glenoide dell'omoplata: questa lussazione si riduceva facilmente. In questi casi i ligamenti non sono strappati, ciò, che prova che i muscoli esercitano una grande influenza non solo per prevenire le lussazioni, che potrebbero essere cagionate da cause violente, ma ancora per impedirne la riduzione.

Lussazioni prodotte da uno stato d'esulcerazione.

Un'ulcera, che distacchi i ligamenti e corroda l'osso, dà luogo alle lussazioni. Noi ne vediamo dei frequenti esempj nell'articolazione della coscia: i ligamenti di questa articolazione si trovano esulcerati; il contorno della cavità cotiloidea è distrutto per l'effetto dell'assorzione; il capo del femore soffre una sensibile alterazione, sia nel suo volume, o nella sua forma, viene a situarsi sull'ileo, ed ivi forma una nuova cavità. Noi possediamo nel museo dello Spedale *Saint Thomas*, un pezzo di anatomia patologica, ove si osserva una lussazione del ginocchio, cagionata da un'ulcera. Il ginocchio è anchilosato a angolo retto col femore, ed è situato direttamente in avanti.

Lussazioni complicate da fratture.

Le lussazioni sono sovente accompagnate da fratture. La lussazione degli ossi della gamba con quelli del piede raramente accade, senza la frattura del peroneo; e nella lussazione della coscia resta talvolta fratturata la cavità cotiloidea, conforme n'è una prova la seguente osservazione.

Osservazione.

Tommaso Steers fu ricevuto allo spedale di *Guy*, il 28. ottobre 1805., a motivo di una lussazione del femore nell'incisura ischiatica. Un'estensione leggiera, in paragone di quella, che si suole fare ordi-

nariamente, bastò per ridurre questa lussazione. La facilità, con cui fu operata questa riduzione, fu attribuita al vomito, che sopraggiunse al malato al momento, che fu ricevuto nello Spedale, ed alla prostrazione delle forze, prodotta dalle nausee. Ma l'infermo fu poco dopo assalito da acutissimi dolori nell'addome, e morì il giorno dopo il suo ingresso nello Spedale. All'apertura del cadavere trovammo una rottura nell'intestino digiuno, e una parte della cavità catiloidea fratturata.

Le lussazioni dell'umero sono sovente accompagnate da frattura del capo di quest'osso; noi ne abbiamo un'esempio nel museo anatomico dello Spedale *Saint Thomas*. L'apofisi coronoide rimane talvolta fratturata nelle lussazioni del cubito. Le lesioni della colonna vertebrale, designate col nome di lussazioni, sono realmente fratture, e non vere lussazioni: bisogna per altro eccettuare la prima e la seconda vertebra cervicale

Lussazioni semplici, o complicate.

Le lussazioni sono semplici, o complicate. La lussazione semplice è raramente pericolosa. Si dà questo nome alle lussazioni, che non sono accompagnate da soluzione di continuità della pelle, quantunque possano trovarsi d'altronde complicate con qualunque altro accidente. Queste lussazioni, senza soluzione di continuità, possono per tanto divenire complicate, se non si prendono le più grandi precauzioni, affine di prevenire la pressione dell'osso, la quale produce l'infiammazione, e l'esulcerazione.

Le lussazioni complicate sono accompagnate da grave pericolo, a cagione delle lesioni, alle quali danno luogo.

Allorquando un'articolazione è aperta, i ligamenti strappati e la membrana sinoviale s'infiammano rapidamente, la suppurazione si manifesta in capo ad alcune ore, e s'inalzano delle granulazioni sulla superficie della membrana sinoviale. Ma l'estremità degli ossi, distese dalla cartilagine articolare, non soffrono gli stessi sintomi. Questa cartilagine viene distrutta per l'effetto dell'assorzione, e da un'esulceramento, che attacca l'estremità degli ossi, prima che la cavità articolare si riempia di granulazioni. Numerosi ascessi si formano ordinariamente in differenti punti dell'articolazione, ed alla fine le granulazioni provenienti dall'estremità degli ossi, che sono privi delle loro cartilagini, vanno a riempiere la cavità articolare. Queste granulazioni per l'ordinario si ossificano, e producono l'anchilosi; ma alle volte il loro tessuto rimane molle, in vece di ossificarsi, ed in tal caso l'articolazione ricupera poco a poco una parte dei suoi movimenti. Questo processo, per cui si riempie la cavità articolare, produce dei sintomi generali, o locali, e una considerabile irritazione generale per cui, se il malato è di una debole costituzione, si è talvolta obbligati di amputargli il membro, affine di salvargli la vita.

Cause predisponenti delle lussazioni.

Fra le diverse articolazioni ve ne sono di quelle più, e meno soggette alle lussazioni. Quelle, che eseguiscono dei movimenti estesi, si lussano facilmente. Questa è la ragione, per cui la lussazione dell'umero accade più sovente di qualunque altra articolazione; e quando questo osso si è lussato, si risitua facilmente in alto nella sua cavità articolare. In tutte le parti, che eseguiscono dei movimenti molto estesi, e che hanno per ciò bisogno d' una gran forza, vi si osservano parecchie articolazioni. Ve ne sono molte, infatti, nella colonna vertebrale, ov'è necessaria una considerabil forza, onde proteggere la spinal midolla; ma i diversi movimenti, che in questa parte eseguiscono due ossi, sono così poco estesi, che le loro lussazioni sono rarissime, (eccettuato però nella prima e seconda vertebra del collo) mentre sono al contrario frequentissime le loro fratture.

Nel carpo e nel tarso, la mobilità degli ossi non è di alcun nocumento alla loro solidità. Se si moltiplichino per 24. i movimenti, che possono eseguire due vertebre l'una sull'altra, e se si moltiplichi per 7. quelli dei due ossi del carpo insieme articolati, si troverà che questi ossi eseguiscono in massa degli estesissimi movimenti, senza che punto ne soffra la loro solidità. Qualunque altra organizzazione non avrebbe offerto gli stessi vantaggj.

Lussazioni parziali.

Gli ossi non sempre abbandonano intieramente le loro superficj articolari; ond'è che si danno anche delle lussazioni parziali. Questa specie di lussazione succede talvolta nell' articolazione del piede. Una articolazione del piede, ov'era accaduta una lussazione parziale, fu dissecata nello Spedale di *Guy*, e questo pezzo d' anatomia patologica fu depositato nel museo dello Spedale *Saint Thomas*. L'estremità della tibia riposava in parte ancora sull' astragalo, ed era in contatto, in quasi tutta la sua superficie, coll' osso navicolare. La tibia, alterata per causa di questo sluogamento, presentava due nuove superficj articolari, una delle quali era in rapporto coll' astragalo, e l' altra coll' osso scafoide, e le di cui faccie offrivano una direzione inversa. Questa lussazione non era stata ridotta.

Il ginocchio si lussa quasi sempre parzialmente; l'umero resta talvolta applicato sul margine della cavità glenoide, e rientra facilmente in questa cavità, e l'articolazione del cubito soffre una lussazione parziale, sia dalla parte dell' ulna, o da quella del radio.

La mascella inferiore ancora si lussa talvolta parzialmente, di modo, che uno degli ossi di questa articolazione può essere slogato, e l'altro no.

Le lussazioni sono, in generale, prodotte da cause violente nel momento stesso, in cui l'osso forma un' angolo colla sua cavità articolare; ma è necessario però che i muscoli non oppongano alcuna resistenza alla forza, che tende a produrre lo slogamento dell' osso, altrimenti

questo accidente potrebb'essere prodotto appena dalla forza la più energica, mentre che nel caso contrario, le più leggiere cause bastano a farlo nascere. Una caduta nel camminare, cagionerà talvolta la lussazione del femore nel momento, in cui i muscoli si preparavano ad eseguire un movimento inverso.

Quando io trattava questa questione nelle mie lezioni, citava ordinariamente l'esecuzione di Damiens per dilucidare questo punto di dottrina.

Damiens fu condannato ad essere squartato vivo per avere tentato di assassinare Luigi XV. Quattro vigorosi cavalli furono attaccati alle sue gambe, ed alle braccia, e per cinquanta minuti fecero i più grandi sforzi per squartare questo miserabile, ma in vano: i carnefici furono alla fine obbligati di tagliare i muscoli ed i ligamenti delle sue estremità, perchè lo squartamento si effettuasse.

L'istorico Francese narra questo fatto nel modo seguente:

= Egli giunse alla piazza di Greve a tre ore e un quarto, guardando con occhio asciutto e intrepido l luogo e gli strumenti del suo supplizio. Fu cominciato col bruciargli la mano destra; poi fu tanagliato, e fu versato sulle sue piaghe dell'olio, del piombo fuso e della pece greca. Quindi si procedè al suo squartamento I quattro cavalli fecero per lo spazio di cinquanta minuti degli sforzi inutili per smembrare questo mostro. Alla fine di questo tempo Damiens era tuttora pieno di vita; i carnefici gli tagliarono con dei bisturj, la carne e le giunture nervose delle coscie e delle braccia; ciò che si dovè fare nel 1610 per Ravaillac. Egli respirava ancora dopo che gli furono tagliate le coscie, e non rese l'anima che nel tempo che gli tagliarono le braccia. Il suo supplizio, dal momento che salì sul palco fino a quello della sua morte, durò un'ora e mezzo in circa. Esso conservò tutta la cognizione, e sollevò sette o otto volte la testa per guardare i cavalli e le sue membra tanagliate e bruciate. In mezzo ai più orribili tormenti della tortura egli si era lasciato sfuggire di bocca delle facezie (*Dizionar. istorico*).

Lussazioni nei Bambini.

Le lussazioni sono rarissime nei bambini, in cui l'ossa piuttosto che slogarsi si fratturano, o cedono le loro epifisi.

Ho lette molte opere sulla lussazione del femore nei bambini, ed ho inteso molto parlarne; ma questo caso appartiene ad una malattia particolare dell'articolazione della coscia, e lo slogamento nell'osso non è prodotto che dall'esulcerazione dell'articolazione ileo-femorale Mi fu condotto da una provincia del Nord un bambino, su cui uno di quelli uomini, che si chiamano *rimettitori d'ossa*, e che si dovrebbero con più ragione chiamare, *slogatori*, aveva fatto delle ripetute estensioni, per ridurre una pretesa lussazione dell'articolazione della coscia. Io trovai che questo bambino era attaccato da una particolar malattia dell'anca, che è molto comune nei bambini, e solamente per questo il malato era stato sottoposto alla più dolorosa estensione. In tal guisa, in una provincia illuminata, degli uomini, che non hanno ricevuto alcuna educazione, degradano impunemente una professione utile, e torturano coloro,

che sono tanto imbecilli per domandare il loro soccorso; è una vergogna per le nostre leggi di tollerare un simile abuso, che esse dovrebbero prevenire.

Si crede che le lussazioni dell' articolazione del cubito siano frequentissime nei bambini. Spesso si sente dire a dei chirurghi; io curo un bambino, in cui si è lussato il cubito, la riduzione di questo slogamento è facile; ma esso si riproduce immediatamente dopo la riduzione Essi per altro prendono per una lussazione, la frattura obliqua dei condili dell' umero, perchè il radio e l' ulna, o quest' ultimo solamente, si sono portati indietro col condile fratturato in modo, che producono una considerabile elevazione nella parte posteriore dell' articolazione.

Riduzione delle lussazioni.

Si attribuiscono sovente a delle cause, che non esistono, gli ostacoli che si oppongono alla riduzione delle lussazioni. In alcune articolazioni, la forma dell' osso si oppone alla riduzione, ma molto meno peraltro di quello, che comunemente si pensa. Quando la cavità articolare presenta un' orlo, come nell' articolazione della coscia, il capo dell' osso vi si arresta; per cui si rende necessario d' inalzarlo al di sopra di questo contorno; e allorchè il capo è molto più largo del suo collo, questa conformazione si oppone alla riduzione, come, per esempio, nella lussazione del capo del radio; ma queste cause sono ben leggiere in paragone di quelle, di cui andiamo a parlare.

Ligamenti.

S' incolpano i ligamenti capsulari di opporsi alla riduzione delle lussazioni; ma coloro, che sono di questo parere, ignorano che il tessuto di queste parti non è elastico, e certamente non hanno avuto l' occasione di convincersi, per mezzo dell' esame anatomico, dell' esteso strappo, che le lussazioni prodotte da violenti cause, inducono in questo tessuto: d' altronde non è poi vero che il collo dell' osso sia circoscritto dal ligamento. I ligamenti capsulari non hanno, in realtà, che poca forza, tanto per impedire la lussazione, quanto per opporsi alla sua riduzione: se i tendini che circondano l' articolazione, e se i ligamenti particolari non esistessero, le lussazioni sarebbero frequentissime.

Tendini.

L' articolazione della spalla, del ginocchio, e del cubito sono potentemente protette da dei tendini. La prima è fortificata dai tendini dei muscoli sotto-spinosi, sotto scapulare, e piccolo rotondo; quella del cubito dai tendini del tricipite, e del brachiale; e quella del ginocchio dalla porzione tendinosa del tricipite crurale; ma è un errore il credere, che certi ligamenti non siano capaci di validamente

opporsi alle lussazioni Queste sono impedite non dai ligamenti capsulari, ma bensì dai ligamenti proprj dell'articolazione.

Ligamenti particolari.

L'articolazione del carpo, e quella del cubito sono fortificate da dei particolari ligamenti. Quella della spalla è fortificata dal tendine del bicipite, che rimpiazza il ligamento particolare, e penetra nella cavità articolare, affine di rendere più difficile la lussazione in avanti. L'articolazione della coscia possiede il suo ligamento triangolare, che impedisce al femore di lussarsi in basso. Quella del ginocchio ha dei ligamenti laterali, e dei ligamenti incrocicchiati, e quella del piede ha dei ligamenti della stessa natura, ma che sono dotati di una straordinaria forza, affine d'impedire la lussazione di questa articolazione, la quale è esposta alle più violenti cause. I ligamenti della articolazione del piede lasciano piuttosto fratturare i suoi ossi, invece di cedere; per altro se, come in parecchie articolazioni, i ligamenti sono strappati, essi non si oppongono alla riduzione della lussazione, conforme si osserva nell'articolazione della coscia, del cubito, e del carpo; ma se qualcuno di questi ligamenti resta intatto, diviene un ostacolo alla riduzione della lussazione, come ne ho osservati degli esempj nell'articolazione del ginocchio.

Muscoli.

La difficoltà, che s'incontra nel ridurre la lussazione, deriva principalmente dalla resistenza cagionata dalla contrazione dei muscoli, che sta in proporzione dello spazio del tempo scorso dopo l'accaduta lussazione; quindi è che le lussazioni devono sempre ridursi il più presto possibile.

L'azione dei muscoli è volontaria, o involontaria, ma la facoltà, che hanno di contrarsi è indipendente dall'uno, e dall'altro stato.

Un muscolo si stanca ben presto, allorchè è messo in movimento dalla volontà, ed il riposo gli diviene necessario. Il braccio non può rimanere steso che per pochi minuti, quando forma un'angolo retto col corpo, tosto si stanca in questa posizione, e conviene cambiarla. Ma allorchè un muscolo è diviso, le sue parti si contraggono, e se il muscolo antagonista è reciso, l'altro muscolo che è intatto, richiama le parti verso il punto del suo attacco. Così, se il bicipite venga reciso, il tricipite tiene costantemente il braccio in uno stato di estensione Se i muscoli di un lato della faccia sono paralizzati, i loro antagonisti tirano la faccia dal loro lato. Questa contrazione non è seguita da stanchezza, o da rilasciamento, ma si continua sempre finchè non si altera la struttura del muscolo. Questa contrazione aumenta, proporzionandosi alla resistenza, che si è manifestata dopo che è successa la lussazione. Così in uno slogamento, i muscoli portano l'osso lontano dalla sua cavità, fino al punto che lo permettono le parti circonvicine, e contraendosi poi lo fissano in

una nuova posizione. Il chirurgo deve procurare di superare questa resistenza dei muscoli, e se egli fa l'estensione quasi subito dopo che è accaduta la lussazione, trionferà facilmente della resistenza muscolare, ma se esso differisce questa operazione solamente di qualche giorno, incontrerà le più grandi difficoltà nel ridurre la lussazione. È chiaramente dimostrato che i muscoli formano il principale ostacolo alla riduzione delle lussazioni, e questa verità è ancora comprovata da quei casi, nei quali la lussazione è accompagnata dalla lesione di un organo necessario alla vita, mentre in questa circostanza si giunge facilissimamente a risituare l'osso nella sua cavità articolare. In fatti fu ridotta colla più gran facilità la lussazione in quel malato, che aveva una mortal lesione nell'intestino digiuno, ed una lussazione della coscia, di cui abbiamo qui sopra narrata la storia.

I chirurghi più istruiti credono che la forza che s'impiega per la riduzione delle lussazioni, deve aumentarsi poco alla volta, poichè i violenti sforzi sarebbero piuttosto proprj a strappare le parti sane, che a ridurre quelle lussate; e non servirebbero poi che ad accrescere la resistenza, la quale impedisce di ridurre le lussazioni. Il chirurgo non deve produrre che poco a poco quello stato di stanchezza e di rilasciamento, il qual succede ad una estensione prolungata, nè deve cercare di superare in un sol tratto la resistenza dei muscoli.

Altri ostacoli alla riduzione delle lussazioni.

Tre altre circostanze si oppongono alla riduzione di una lussazione, che è successa da lungo tempo: l'estremità dell'osso contrae colle parti adjacenti dell'aderenze così forti, che non si può ridurre la lussazione, anche dopo di avere tolto di mezzo dei muscoli nel cadavere mediante la dissezione. Io trovai in questo stato il capo del radio, che si era da molto tempo slogato sul condilo esterno dell'umero, e che è conservato nel Museo dello spedale *Saint-Thomas*. Ho visto l'umero presentare questo fenomeno in una lussazione. La cavità articolare può talvolta riempirsi di una sostanza propria a determinare delle aderenze, ed in questo caso, dopo ridotto l'osso, esso non può rimanere nella sua primitiva cavità. Alla fine si forma talora una nuova cavità articolare, ove si congegna così bene il capo dell'osso slogato, che nulla può fargliela abbandonare, salvo una frattura. (*Ved.* la seconda tavola.)

Mezzi di riduzione.

I mezzi impiegati per la riduzione delle lussazioni sono interni, o esterni. Si ha torto in generale, di non ricorrere che alla forza per ridurre le lussazioni, poichè conviene allora impiegarla ad un grado così elevato, che finisce per ledere le adjacenti parti; e noi proveremo in seguito, che la maggior parte dei più potenti mezzi meccanici non producono un buono effetto, allorchè al loro uso non viene associato quello dei rimedj interni. Bisogna calcolare precisamente nella prima

circostanza, l'azione dei muscoli, che formano il principale ostacolo alla riduzione delle lussazioni.

Mezzi interni.

Si vincerà la resistenza muscolare producendo nel malato una tendenza alla sincope, e talvolta anche una lipotimia, mediante un'abbondante salasso, e mettendolo in un bagno caldo. Se il sangue sgorga prontamente da un'ampia ferita, non tarderà a sopraggiungere lo svenimento, mentre spesso un bagno alla temperatura di cento a cento dieci gradi (Termom. di Farenheit) non farà cadere il malato in sincope, a meno che prima non sia stato salassato.

Ho ultimamente impiegato, per diminuire l'azione muscolare, il tartaro emetico, in dose da produrre solamente le nausee Questo rimedio epicraticamente amministrato, determina le nausee, e non il vomito. Sono stati consigliati gli emetici nelle lussazioni, e questi rimedj sono realmente vantaggiosi, quando però si limitano a produrre solamente le nausee; ma il vomito non è per se stesso di alcuna utilità: giacchè appena che si è giunti a provocare le nausee, il tono dei muscoli sparisce, e le lussazioni possono ridursi ben più facilmente ad un'epoca molto più remota dal loro avvenimento, che se si ricorresse a qualunque altro mezzo. Due osservazioni, che riporterò in breve, provano l'utilità di questo metodo La prima è del sig Norwood, chirurgo a Hertford, e la seconda appartiene al sig. Thomas farmacista dello spedale *Saint-Luc*. In questi due casi si arrivò, mediante il salasso, il bagno caldo, e alcune dosi di tartaro emetico, proprie a provocare le nausee, a ridurre quelle lussazioni, quantunque esistessero da un'epoca così remota, che io non conosco altri esempi di simil natura. Una di queste osservazioni fu raccolta allo spedale di *Guy*, e la seconda allo spedale *Saint-Thomas*, dai prefati chirurghi, che erano allora allievi interni di detti spedali. (Vedete i casi di lussazioni del femore sull' ileo).

Non ho giammai impiegato l'oppio; ma questo rimedio sarebbe probabilmente utile per diminuire l'influenza nervosa (1).

Mezzi esterni.

Si deve cercare di ridurre la lussazione, dopo che si è diminuita la resistenza muscolare, facendo un'estensione sul membro, tenendo fisso un'osso, e riconducendo l'altro nella sua cavità articolare Una delle principali cause dell'infelice successo dei tentativi fatti per ridurrre le lussazioni, consiste nella poca attenzione, che mette ordinariamente il chirurgo nel tenere ben fermo l'osso, in cui è situata la cavità artico-

(1) La contrazione dei muscoli che circondano l'articolazione lussata dipende talvolta esclusivamente, come ha osservato il profes. Boyer, dall'irritazione prodotta dalla stessa lussazione. Quando è semplicemente spasmodica, l'oppio dato in forte dose da produrre il sonno, può essere utilissimo, se si profitta del momento, in cui agisce, per tentare di ridurre la lussazione. (*Nota del Tradut. Francese*).

lare : per esempio, se per ridurre la lussazione della spalla, non si fissa stabilmente l'omoplata, o sivvero se una persona esercita dei movimenti nella spalla, e se due ajuti tirano sul braccio, la trazione è necessariamente esercitata nel tempo stesso sull'omoplata e sull'umero, e la estensione non è che imperfettissima; ond'è che è necessario che sia egualmente tenuto fisso uno degli ossi, ed esteso l'altro.

Puleggie.

La forza può essere usata in due maniere, o per mezzo degli assistenti, o per mezzo d'una puleggia; ma l'estensione dei muscoli dev'essere fatta mediante una forza progressiva, regolare e prolungata. Nei casi difficili il chirurgo ricorrerà alle puleggie delle quali aumenterà o diminuirà l'azione, secondo le circostanze; ma se si servirà degli assistenti, i loro sforzi saranno pronti, violenti, e sovente mal diretti, e la forza che spiegheranno, sarà piuttosto capace di strappare le parti, che di ridurre la lussazione. Sovente gli assistenti non combinano bene insieme neppure i loro sforzi, ed i loro muscoli vengono alla fine a stancarsi, come quelli del malato, di cui sono incaricati di vincere la resistenza.

Bisogna sempre ricorrere alle puleggie nelle lussazioni della coscia, e nelle antiche lussazioni della spalla. Non credo impossibile di potere ridurre la lussazione della coscia per mezzo d'assistenti; ma mi pare che debba preferirsi l'uso delle puleggie. Parecchi autori di chirurgia hanno biasimato l'uso di questi strumenti, perchè non ne hanno conosciuto a pieno il valore: il mio abile maestro, il signor Cline, al di cui eccellente giudizio tutti rendono giustizia, preconizzava sempre l'uso delle puleggie.

Il chirurgo procurerà di produrre uno stato di rilasciamento nei muscoli più voluminosi, nel tempo che farà i tentativi per ridurre la lussazione. A tale effetto, situerà per quanto puole, il membro fra la flessione, e l'estensione. Non si è egli veduto fare degli sforzi inutili per ridurre una lussazione complicata, finchè il membro era tenuto nello stato di estensione, mentre un'abile chirurgo l'ha ridotta facilmente facendo flettere il membro, e situando i muscoli in uno stato di rilasciamento?

I chirurghi non sono d'accordo in quanto al decidere se sia più vantaggioso di operare l'estensione sull'osso lussato, o sul membro situato sotto la lussazione. Il sig. Boyer (1) uno dei celebri chirurghi Parigini, preferisce l'ultimo metodo. In quanto a me, penso, in conseguenza del gran numero di casi, che ho osservato, che sia in generale più vantaggioso di operare l'estensione sull'osso lussato. Questa regola presenta però dell'eccezioni nella lussazione della spalla, che io riduco ordinariamente situando il tallone d'un piede sotto

(1) Questo chirurgo consiglia di fare l'estensione più lontano, che è possibile dall'articolazione lussata. I reflessi, su i quali è fondata la pratica del sig. Boyer, ci sembrano giudiziosissimi; ma crediamo inutile di esporli quivi, poichè l'opera di questo distinto professore è fra le mani della maggior parte dei pratici. (*Nota del Tradut. Francese*).

l'ascella del malato, e tirando il braccio sul cubito, nella direzione d'una linea paralela al lato del corpo. come quando il braccio è situato sul lato; per tal mezzo il muscolo pettorale e il larghissimo del dorso sono posti in uno stato di rilasciamento. Questi muscoli si oppongono fortemente alla riduzione della lussazione, quando il braccio è allontanato dal corpo.

Influenza del morale sulla riduzione delle lussazioni.

Il chirurgo ridurrà più facilmente le lussazioni, operando una salutare revulsione nel morale del suo malato; ed in fatti, la resistenza muscolare, che si oppone agli sforzi dell'operatore, sarà assai minore, se si dirige l'attenzione del malato verso altri muscoli. Un chirurgo mi condusse, anni sono, a casa d'un suo malato, in cui era accaduta la lussazione della spalla, la quale aveva resistito a tutti i mezzi posti in uso per ridurla. Trovai questo malato a letto, e la lussazione esisteva nel braccio destro; mi messi a sedere sul suo letto a canto a lui, situai il calcagno d'un mio piede sotto l'ascella del braccio lussato, l'afferrai, e tirai sul cubito, il braccio lussato restò immobile; alzatevi dal letto, dissi allora al malato; egli fece uno sforzo per levarsi, nel tempo che io continovavo la mia estensione, e l'osso rientrò con rumore nella sua cavità. Ond'è che dei leggieri sforzi saranno sufficienti, quando i muscoli non opporranno della resistenza, per ridurre una lussazione, che sarà stata ribelle ai più violenti tentativi.

Allorchè si è fatto uso delle puleggie per ridurre una lussazione, bisogna applicare una fascia sull'articolazione, affine di mantenere l'osso nella sua cavità, finchè l'azione dei muscoli non sia intieramente ristabilita. Il femore raramente si lussa una seconda volta, ma l'umero e la mascella inferiore riabbandonano frequentissimamente le loro cavità articolari. Questi due ossi si slogano spesso a cagione della poca profondità delle loro cavità articolari; ed ecco perchè è necessasio di tenere fasciate per qualche tempo queste articolazioni, dopo la riduzione della lussazione.

Delle lussazioni della coscia.

La cavità dell'articolazione dell'anca è profonda, a motivo del bordo cartilaginoso che la circonda, e d'un'altra cartilagine, che occupa un incavo situato nella parte anteriore ed inferiore della cavità cotiloidea. Questa cartilagine rende completamente rotonda questa cavità.

I ligamenti di questa articolazione sono in numero di due: il ligamento capsulare nasce dal margine della cavità cotiloidea, e passando al di sopra del capo e del collo del femore, va ad inserirsi nella parte interna del collo di quest'osso verso la radice del gran trocantere: è compatto anteriormente, e sottile posteriormente. Delle forti porzioni ligamentose si spandono al di sopra di questo ligamento, dall'ileo fino presso la spina iliaca anteriore e inferiore. Il ligamento triangolare che

è contenuto nell' interno del ligamento capsulare, nasce da una depressione situata nella parte inferiore ed interna della cavità cotiloidea, e va ad inserirsi in un infossamento, che si osserva nella parte interna del capo del femore.

La membrana sinoviale ricopre il ligamento capsulare, e si ripiega sul collo del femore e sul ligamento triangolare. Quest' ultimo tende a prevenire le lussazioni in tutti i sensi, e specialmente la lussazione in basso.

Non ho osservato la lussazione del femore che in quattro differenti direzioni solamente: 1.° in alto, o sull' ileo; 2.° in basso, o nel foro ovale; 3.° in dietro ed in alto, o nell' incisura ischiatica; 4.° in avanti e in alto, o sul corpo del pube. Non ho mai visto la lussazione di quest' osso in basso e in dietro, nè allo spedale *Saint-Thomas*, nè a quello di *Guy*, e neppure nella mia pratica particolare in trent' anni passati, ond' è che sono inclinato a credere che non possa darsi. Non nego per altro che qualcuno abbia creduto di averla osservata, ma penso che si sia ingannato.

Lussazioni del femore in alto, o sull' ileo.

Questa lussazione è la più frequente: si conosce dai seguenti segni.

Sintomi.

Il membro lussato diviene più corto di un pollice e mezzo, o di due pollici di quello del lato opposto, conforme è facile il persuadersene paragonando fra loro i malleoli interni, e piegando il piede in modo, che venga a formare un' angolo retto colla gamba. Il ginocchio e la punta del piede sono rivolti in dentro; ma il ginocchio è portato un poco più in avanti del piede. Se si tenta di scostare una gamba dall' altra, questo movimento è impossibile, per ragione che il membro rimane fisso nella sua nuova situazione, quando si vuole far eseguire questo movimento all' infuori; ma la coscia lussata può essere incrociata leggermente sull' altra. Se l' infiltrazione sanguigna non è così considerabile da impedirci di distinguere l' osso, il capo del femore può essere riconosciuto nel tempo della rotazione del ginocchio in dentro; in questa rotazione il femore si muove sull' ileo, e il gran trocantere si avvicina assai più alla spina iliaca, che nello stato naturale. Il gran trocantere del femore lussato è meno prominente di quello del lato opposto; mentre il collo di quest' osso e il gran trocantere si trovano sulla medesima linea dell' ileo: paragonando ambedue le coscie, si osserva che quella lussata ha perduto la sua forma rotonda. Un chirurgo, chiamato appena accaduta una violenta lussazione, deve fare attenzione alla differenza della lunghezza dei piedi, alla situazione in dentro del membro lussato, alla diminuzione del movimento, ed alla situazione del gran trocantere. La frattura del collo del femore nell' interno del ligamento capsulare, può essere sbagliata colla lussazione del femore in alto: per altro, i segni caratteristici, propri a stabilire una differenza fra queste

due morbose affezioni, sono assai evidenti per non essere confusi dai diligenti chirurghi. Nella frattura del collo del femore, il ginocchio e il piede sono, in generale, voltati infuori, il trocantere è situato in dietro; il membro può esser facilmente piegato verso l'addome, ma non però senza un qualche dolore; ma sopratutto, il membro che è raccorcito di un pollice o due per effetto della contrazione dei muscoli, può offrire la stessa lunghezza dell'altra estremità, mediante una leggiera estensione, ma cessata che sia, il membro si raccorcia di nuovo. Se, nel momento dell'estensione si fa eseguire un movimento di rotazione al membro, si sente sovente un crepito, che cessa allorchè la rotazione si effettua nel tempo che il membro è nello stato di raccorcimento. La frattura del collo del femore nell'interno del ligamento capsulare, succede raramente, eccettuato nei vecchi, nei quali è prodotta dalle più leggiere cause, a motivo che questa parte del femore viene distrutta per l'effetto dell'assorzione a misura che si avanza in età. Le fratture che si manifestano al di fuori del ligamento capsulare, possono accadere in tutte l'età, ma specialmente nella virile; e si riconoscono facilmente al crepito, che esse producono, se si faccia eseguire al membro un movimento di rotazione, e se si comprime il trocantere colla mano. La situazione del membro è la stessa in queste due specie di fratture. Si potrebbe stabilire la seguente proporzione fra le fratture del collo del femore, e le lussazioni di quest'osso; cioè, quattro fratture per una lussazione. (*Ved.* la tavola, in cui è delineata la situazione del membro nelle lussazioni.)

È difficile di confondere le malattie dell'articolazione della coscia colle lussazioni prodotte da violenti cause, e quest'errore non può essere commesso che da coloro che non sanno l'anotomia, e che sono incapaci di bene osservare. L'aumento progressivo dei sintomi, il dolore che sente il malato nell'interno del ginocchio, l'allungamento apparente del membro in principio, ed il suo raccorcimento reale in appresso, la natura dei suoi movimenti, e i dolori che il malato soffre, allorchè si portano fino ad un certo punto i movimenti di rotazione, di flessione, e di estensione; tali sono i segni, propri a stabilire questa differenza, che dovrebb'essere conosciuta anche dagli osservatori i meno attenti. Allorquando queste morbose affezioni esistono da lungo tempo, l'esulcerazione dei ligamenti della cavità cotiloidea e del capo del femore produce in queste diverse parti un cambiamento così grande nella loro situazione, che il membro viene a presentare la stessa direzione, come nella lussazione. Ma la storia delle circostanze anteriori a questo stato morboso, basterà ad illuminare il medico sulla natura della malattia.

Nella lussazione del femore in alto, i muscoli piramidali, i glutei, il tricipite, pettineo, gran psoas, iliaco interno, il retto, il semitendinoso, ed uno dei capi del bicipite, si raccorciano tutti; l'otturatore esterno fa lo stesso, ma l'otturatore interno, i gemelli ed il quadrato sono nello stato di estensione. I muscoli, che più si oppongono alla riduzione della lussazione, sono i glutei ed il tricipite.

Cause di questa lussazione.

Questa lussazione può essere causata da una caduta, che abbia luogo allorchè il ginocchio e il piede sono voltati in dentro, o da un colpo ricevuto quando il membro è rivolto in dentro. In questi casi il capo dell'osso è lussato in alto, e voltato in dietro.

Riduzione di questa lussazione.

Bisogna servirsi dei seguenti mezzi per ridurre la lussazione della coscia: fate al vostro malato un salasso di una libbra, o venti once di sangue, o anche più abbondante, se egli sia molto vigoroso; indi ponetelo in un bagno caldo alla temperatura di 100. gradi, di cui aumenterete progressivamente il calore a 110. gradi, finchè il malato non cada in sincope; mentre egli stà nel bagno, dategli un grano d'emetico ogni dieci minuti, finchè non produca le nausee; allora levatelo dall'acqua, copritelo bene, e mettetelo fra due forti colonne alla distanza di dieci piedi l'una dall'altra, nelle quali s'impiantano due anelli di ferro, o pure impiantateli in terra, nel luogo ove stenderete il malato. In quanto a me, io soglio fare stendere il malato sopra una tavola, guarnita di coperte; ve lo metto supino, e quindi applico fra il pube e la coscia del medesimo una forte cintura, che fisso a uno degli anelli. (*Ved.* la tavola). Si applicherà fortemente una fascia bagnata, immediatamente sopra il ginocchio, e al di sopra di questa fascia si fisserà una cureggia di cuojo per mezzo di una fibbia. Due cureggie, terminate da due anelli di ferro, formeranno degli angoli retti nell'applicarsi sulla fascia; il ginocchio sarà leggermente piegato, ma in modo da non formare un'angolo retto, e sarà diretto verso l'altra coscia, un poco al di sopra del ginocchio. Le puleggie saranno fissate all'altro anello, ed alla cureggia, che è situata sopra il ginocchio. Allorchè tutto è così preparato, il chirurgo tira leggiermente la corda della puleggia, ed appena che vede che ciascuna parte della fasciatura è tesa, e che il malato comincia a lamentarsi, deve attendere un poco, a fine di dare ai muscoli il tempo di stancarsi; quindi torna a tirare la corda della puleggia, e quando il malato si lamenta molto, cesserà di tirare finchè i muscoli non siansi rilasciati. Il tal modo egli aumenterà progressivamente la forza fino a che non sente che il capo dell'osso scende nella cavità cotiloidea. Allorchè il capo del femore è pervenuto all'orlo di questà cavità, l'operatore affiderà la puleggia ad un assistente, ordinandogli di mantenere sul membro lo stesso stato di estensione, ed in questo momento farà eseguire leggiermente al ginocchio ed al piede un movimento di rotazione all'infuori. Egli deve eseguire questa manuvre senza violenza, affine di non suscitare una resistenza per la parte dei muscoli, ed allora l'osso rientra nella sua cavità. Quando ci serviamo delle puleggie, il femore rientra senza rumore nella sua cavità, perchè i muscoli sono in tale stato di rilasciamento, che non riman loro tuono bastante per agire con forza, ed il chirurgo non si accorge che la

lussazione è ridotta che nello slentare le fascie. Accade sovente che le fascie si allentino prima che l'estensione sia completa, ond'è che per evitare questo inconveniente, bisogna stringerle da principio più che è possibile; ma se si è obbligati di nuovamente applicarle, bisogna risolvercisi prontamente, affine di non dare il tempo ai muscoli di ricuperare la loro forza.

È sovente necessario di sollevare il femore, situando il braccio sotto l'articolazione, allorchè s'incontra della difficoltà nel ricondurre quest'osso al di sopra del margine della cavità cotiloidea.

Quando la lussazione è ridotta, i muscoli sono in un tale stato di rilasciamento, che bisogna prendere le più grandi precauzioni nel trasportare il malato nel suo letto.

Le due seguenti osservazioni dimostrano i vantaggi, che si ottengono nella riduzione delle lussazioni, dall'uso di questi mezzi tanto interni, che esterni. La prima è stata raccolta dal sig. Norwood, chirurgo a Hertford.

Osservazione.

Guglielmo Newman, dotato d'un atletica costituzione, dell'età di trent'anni, fu ricevuto allo spedale di *Guy*, il 4. dicembre 1812. a cagione di una lussazione del femore, e fu curato dal sig. Astley Cooper. Il 7. novembre nel saltar giù dal barroccio d'un fabbro, egli sdrucciolò con un piede, e battè fortemente l'anca contro una ruota: cadde nell'istante, nè potendo più camminare, fu trasportato a Kingston, in uno spedale vicino al luogo, ove gli era accaduto questo accidente. La sera del medesimo giorno fu visitato da un medico, che non conobbe l'esistente lussazione. Questo malato rimase a Kingston fino al 31. novembre, e fu dipoi trasferito a Guildford, luogo di sua dimora, e di là fu finalmente condotto allo spedale di *Guy*, ove entrò il 4. dicembre. Nel visitarlo, si trovò che il capo del femore era situato sull'ileo, e il gran trocantere in avanti, verso la spina iliaca anteriore superiore. Il ginocchio e il piede erano voltati in dentro, ed il membro lussato era raccorcito d'un pollice e mezzo. Il dito grosso era appoggiato sul metatarso del piede sano, ed il membro lussato non poteva eseguire che pochissimi movimenti.

Il sabato 7. dicembre, trenta giorni dopo accaduto quest'accidente, si fece un'estensione per ridurre la lussazione: ma prima di applicare una conveniente fasciatura, fu cavato dal braccio del malato 24. once di sangue. Dieci minuti dopo il salasso, il malato fu messo in un bagno caldo, ove rimase finchè non cadde in sincope, ciò, che accadde quindici minuti dopo d'esservi entrato. Allora gli fu amministrato un grano di emetico, e ne fu ripetuta una simil dose dopo sedici minuti, non avendo la prima provocato le nausee. Egli ne provò allora delle violenti, ma senza vomito; volendo profittare in quel momento della sua spossatezza, fu trasportato nell'anfiteatro, e fu situato su di una tavola, steso sul lato sinistro. La fasciatura fu applicata secondo l'ordinario metodo, onde fissare il bacino, e le puleggie furono attaccate attorno il ginocchio,

mediante delle cureggie di cuojo. La coscia fu obliquamente incrociata sull'altra. L'estensione fu operata per lo spazio di dieci miunti, essendo alla fine di questo tempo rientrato l'osso uella sua cavità. Il malato uscì dallo spedale in capo a tre settimane, essendosi prontamente ristabilita la sua salute, ed avendo il suo membro riacquistato la primiera forza.

Osservazione II.

Questa osservazione mi è stata comunicata dal signor Thomas, attualmente farmacista dello spedale *Saint-Luc*, e che osservò questo caso nello spedale *Saint-Thomas*, uel tempo che egli n'era allievo interno.

Guglielmo Chapmau, di quarant'anni, entrò nello spedale *Saint-Thomas* il giovedì 10. settembre 1812, a causa di una lussazione della coscia sull'ileo sinistro, cagionata dalla caduta d'una antenna di vascello su quel membro. Quest'uomo soffrì tale accidente in un giorno di mercoledì, *sei settimane* avanti il suo ingresso uello spedale. Questa lussazione fu ridotta l'11. settembre, per mezzo del seguente processo. Il malato fu salassato da ambedue le braccia, e gli furono levate trenta quattro once di sangue; poi fu messo in uu bagno caldo, e gli fu amministrato ogni dieci minuti un grano d'emetico. Questi differenti mezzi produssero la sincope, e provocarono le nausee.

Allora il malato fu collocato sopra una tavola, steso sul destro lato; gli fu applicata una cintura, fatta passare fra le coscie e sul bacino in modo, da fissarlo perfettamente. Fu pure applicata una fascia sopra il ginocchio, e attorno di essa una cureggia di cuojo, guarnita di due anelli per le puleggie. Si cominciò allora a fare l'estensioue in modo, che l'osso lussato incrociò l'osso del lato opposto nel suo mezzo, manuvre, la quale fu coronata da felice successo in capo ad una mezz'ora.

Paragonate questo fatto col seguente.

Osservazione III.

Fui pregato di medicare un'individuo iu età di 28. anni, che si era lussato la coscia sinistra uel ribaltare da una vettura. Quest'accidente era successo cinque settimane avauti la mia visita, ed il malato era stato assicurato che non esisteva alcuna lussazione, quantunque i segni di questa lesioue fussero bene evidenti. La gamba lussata era due pollici più corta dell'altra, il ginocchio ed il piede portavano indentro, ma la parte iuterua del piede era dirimpetto al malleolo interno della gamba sana. La coscia era leggermente piegata verso l'addome, ed il giuocchio incrociava l'altra coscia. Si sentiva benissimo il capo dell'osso sull'ileo, e paragouando insieme le anche, si vedeva bene che la forma del membro lussato non era rotonda, come uello stato naturale. Io impiegai solamente dei mezzi meccanici nella riduzione di questa lussazione; e quantunque mi servissi delle

puleggie, e che variassi l'estensione in tutti i sensi per lungo tempo, non potei giungere a far rientrare l'osso nella sua cavità articolare, ed il malato ritornò a casa sua col membro tuttora lussato.

Nella seguente osservazione l'estensione fu operata per mezzo di assistenti, senza il soccorso delle puleggie.

Osservazione IV.

Guglielmo Piper di 25. anni, fu schiacciato da una carretta carica di fieno, una ruota della quale passandogli fra le gambe, lo ferì nella parte superiore della coscia destra. Il signor Holt, chirurgo a Tottenham, vidde il malato un mese dopo accaduto quest'accidente. Egli soffriva allora vivissimi dolori, accompagnati da febbre, nella parte lesa, la quale era infiammata, e fortemente tesa. Il sig. Holt lo salassò abbondantemente, gli fece prendere un purgante, e gli applicò le mignatte. La gamba del membro lussato era più corta dell'altra, il capo del femore era situato sull'ileo, ed il ginocchio e il piede erano rivolti all'indentro. Siccome in quel tempo io andava spesso a Tottenham, il sig. Holt mi pregò di visitare insieme con lui questo malato, e convenuemo del processo da tenersi per ridurre quella lussazione. Il prefato chirurgo ed io, ajutati da cinque vigorosi uomini, fecemo i più grandi sforzi per risituare l'osso nella sua cavità articolare; ma stanchi alla fine, fummo obbligati di cessarli: dopo un poco di tempo li ricominciammo. Esaurite inutilmente tutte le nostre forze, eravamo sul punto di rinunziarvi, ma prima si convenne di fare un'ultimo sforzo, ed il femore rientrò nella sua cavità articolare 52. minuti dopo il nostro tentativo.

Sono riuscito ancora a ridurre una lussazione, senza il soccorso delle puleggie, in un malato, che visitai insieme col sig. Dyson, nella strada *Fort;* ma fummo obbligati di fare tanti sforzi, e tante furono le difficoltà, che s'incontrarono per fare l'estensione (la nostra stanchezza era press'a poco uguale a quella del malato) che non saprei mai consigliare di servirsi di altri mezzi, che delle puleggie, per ridurre le lussazioni della coscia, eccettuato i casi di quelle, che hanno luogo nel forame ovale.

Lussazione del femore in basso, nel forame ovale.

Questa lussazione ha luogo allorquando esiste un'intervallo molto esteso fra le due coscie. Il ligamento triangolare, e la parte inferiore del ligamento capsulare sono totalmente strappati, ed il capo del femore è situato nella parte posteriore e interna della coscia, sul muscolo otturatore esterno. Il membro lussato, in questo caso, è due pollici più lungo dell'altro; colla mano si sente il capo dell'osso sulla parte interna e superiore della coscia, verso il perineo. Il gran trocantere del femore lussato è meno prominente di qnello del lato opposto. Il corpo è portato in avanti, perchè il psoas e l'iliaco interno sono in uno stato d'estensione. La coscia è fortemente portata

in avanti, quando si raddrizza il tronco. Il ginocchio del membro lussato è separato dall'altro da un grande intervallo, e non si arriva, che con molta fatica (a cagione dell'estensione dei glutei e del muscolo piramidale) a ravvicinarlo all'asse del corpo, per metterlo in contatto coll'altro ginocchio. Quantunque il piede del lato malato sia separato dal piede sano da una gran distanza, non è ordinariamente voltato nè infuori, nè indentro: ho per altro osservato che questo sintomo presenta molte anomalie in differenti circostanze; d'altronde, in questo caso, la posizione del piede non è propria a far riconoscere l'esistenza di questa lussazione. La posizione piegata del tronco, la distanza che esiste fra i due ginocchj, e l'aumentata lunghezza del membro, sono i sintomi diagnostici di cotal lussazione.

Dissezione.

Abbiamo nel Museo dello spedale *Saint-Thomas*, un pezzo d'anatomia patologica che lo preparai anni sono, e che è molto proprio a darci una idea di questa lussazione. Il capo del femore era situato nel foro ovale; ma il muscolo otturatore esterno era stato intieramente distrutto per effetto dell'assorbimento, ed il ligamento, che nello stato naturale occupa il foro ovale, era completamente convertito in osso. Il succo osseo, che era stravasato attorno il foro ovale, aveva dato origine ad una profonda cavità, nella quale era alloggiato il capo del femore in modo, da potere eseguire molti movimenti. Questa cavità, per tal modo formata, circondava il collo del femore, senza avere con esso dei punti di contatto, e ne conteneva il capo, il quale non poteva uscire fuori di questa nuova cavità articolare, senza fratturarne gli orli La parte interna di questa nuova cavità era liscia, nè vi si trovava alcuna prominenza ossea, che impedisse al capo del femore di muoversi, ma i soli muscoli erano capaci d'impedire in questa parte, i movimenti dell'osso. La cavità cotiloidea era per metà ripiena di una sostanza ossea in modo, che il capo del femore non vi sarebbe mai potuto rientrare, se si fusse voluto ridurlo. Il capo di quest'osso non aveva subito che una leggierissima alterazione, e la sua cartilagine articolare non era stata lesa; il ligamento triangolare era affatto strappato, ed il ligamento capsulare lo era in porzione. Il muscolo pettineo è il corto adduttore erano strappati, ma si trovavano riuniti per mezzo d'un tendine; il muscolo psoas e l'iliaco interno, i glutei e il piramidale, erano tutti in uno stato d'estensione. Niente può maggiormente risvegliare la curiosità o l'ammirazione del chirurgo e del fisiologo, dei cambiamenti operati dalla natura per produrre un'utile ristabilimento, allorchè non è stato rimediato a questa lussazione.

Riduzione di questa lussazione.

Questa lussazione è, in generale, facilissima a ridursi. Quando è accaduta di recente, bisogna stendere il malato sul dorso, allargare le coscie più, che è possibile, e situare una correggia di cuojo fra il

pube e la parte superiore della coscia, la quale si fisserà ad un'anello impiantato nel muro. L'operatore situa allora la sua mano su i malleoli del piede del membro lussato. li dirige al disopra della gamba sana, e fa così rientrare il capo del femore nella sua cavità articolare. In tal modo ho visto recentissimamente ridurre questa lussazione in un uomo, su cui fu operata l'estensione quasi subito dopo il suo ingresso nello spedale *Saint-Thomas*. In questa circostanza, la coscia può esser fissata mediante una cintura, situata fra il perineo e la parte superiore della coscia, e la gamba del lato del membro lussato sarà portata in dentro al disopra di quella del lato opposto. Ma generalmente, conviene fissare il bacino, passando una cintura attorno di esso, ed incrociandola sopra quella, che è applicata sulla coscia; diversameute il bacino eseguisce dei movimenti nell'istesso senso sul capo del femore. *Ved.* la tavol. 1.). Ma allorquando la lussazione esiste da tre o quattro settimane, è più vantaggioso di situare il malato per fianco, di fissare il bacino con una fascia. e di applicare un'altra fascia al disotto della coscia, su cui si sono messe le puleggie, e allora bisogna portare la coscia in alto, nel tempo che l'operatore esercita una pressione sul piede, onde impedire alla parte inferiore del membro di seguire i movimenti, che s'imprimono al femore. In questo caso, uno si serve del membro, come di una efficacissima leva. Bisogna aver cura di non portare la gamba troppo in avanti, altrimenti il capo dell'osso sarebbe obbligato di situarsi dietro la cavità cotiloidea, nell'incisura ischiatica, e allora la lussazione non potrebbe più essere ridotta.

Lussazione in dietro o nell'incisura ischiatica.

In questa lussazione, il capo del femore è situato sul muscolo piramidale, fra il bordo dell'osso, che forma la parte superiore della incisura ischiatica ed il ligamento sacro-ischiatico, dietro la cavità cotiloidea, ed un poco al disopra del livello del centro di questa cavità.

Questa lussazione presenta maggiori difficoltà di ogni altra, non solo per riconoscerla, come ancora per ridurla: si conosce difficilmente perchè la lunghezza del membro lussato differisce poco da quella dell'altro; perchè la posizione del ginocchio e del piede non soffre dei cambiamenti molto sensibili, come nella lussazione del femore in alto: si riduce poi difficilmente, perchè il capo dell'osso è profondamente situato dietro la cavità cotiloidea, motivo. per cui bisogna sollevare questo capo al disopra del margine della cavità articolare, e farlo penetrare in questa articolazione.

Sintomi caratteristici di questa lussazione.

Questa lussazione è caratterizzata dai seguenti sintomi. Il membro lussato è più corto un mezzo pollice, o un pollice dell'altro sano; ma, in generale, è solamente più corto un solo mezzo pollice; il

gran trocantere è situato in dietro, e forma quasi un'angolo retto coll'ileo; egli è inclinato leggiermente verso la cavità cotiloidea. Il capo del femore è così profondamente internato nell'incisura ischiatica, che non si può sentire distintamente che nelle persone magre, facendo eseguire all'osso un movimento di rotazione in avanti, e tanto esteso, quanto lo permette la posizione fissa del membro. Il ginocchio e il piede sono voltati in dentro, ma non tanto, come nella lussazione della coscia in alto; e il dito grosso del membro lussato è situato contro il capo del dito grosso dell'altro piede. Allorchè il malato sta ritto, il dito grosso tocca terra, ma il calcagno non può toccarla. Il ginocchio non è tanto situato in avanti, come nella lussazione del femore in alto, ma è diretto un poco più dell'altro ginocchio verso la parte anteriore, ed è leggiermente piegato. Il membro è immobile, di modo che la flessione e la rotazione sono in gran parte impossibili.

Dissezione.

Esiste nel museo dello spedale *Saint-Thomas* un interessante pezzo di anatomia patologica, relativo a questa lussazione del femore. Io trovai per caso questo slogamento in un soggetto, il cui cadavere era destinato alle dissezioni. La cavità cotiloidea era intieramente ripiena di una sostanza ligamentosa in modo, che la testa del femore non vi poteva più essere ricevuta. Il ligamento capsulare era strappato in una porzione delle sue connessioni colla cavità cotiloidea, cioè, nella parte anteriore e posteriore della sua riunione con questa cavità, ma non nella sua parte superiore ed inferiore. Il ligamento triangolare era rotto, ed era attaccato tuttora al capo del femore per l'estensione d'un pollice. Il capo del femore era situato dietro la cavità cotiloidea; sul muscolo piramidale e sul contorno dell'incisura ischiatica, al disopra dei ligamenti sacro-ischiatici. Il muscolo, su cui era situato aveva sofferto una sensibile diminuzione; ma la natura non aveva fatto alcuno sforzo per formare una nuova cavità, propria ad articolarsi col capo del femore.

Un nuovo ligamento capsulare si era formato attorno il capo del femore, il quale non aveva contratto alcuna aderenza colla cartilagine articolare, che circonda il capo di questo osso; ma egli poteva, mentre si apriva, portarsi dalla parte del collo del femore in modo, da lasciare il capo di quest'osso completamente nudo; trovammo dentro questo nuovo ligamento capsulare, che era formato dall'adjacente tessuto cellulare, il ligamento triangolare, che era strappato (*consultate* la tavola 1); il gran trocantere era situato piuttosto dietro, che davanti la cavità cotiloidea, ma un poco inclinato verso questa cavità. Questa lussazione doveva esistere da lungo tempo, se debba giudicarsene dall'esame delle parti; l'aderenze erano troppo forti, perchè si potesse pervenire a ridurre questo slogamento, e se questa riduzione fu operata, l'osso non era rimasto lungo tempo nella sua primitiva cavità.

Cause di questa lussazione.

Questa lussazione accade allorchè il corpo è piegato in avanti sulla coscia, o che la coscia è piegata sul basso ventre: in questa posizione una forte pressione sul ginocchio, propria a portarlo in dentro, spingerà il capo dell'osso dietro la cavità cotiloidea.

Riduzione di questa lussazione.

Questa lussazione è, in generale, difficilissima a ridursi; ma pure vi si perviene mediante il seguente processo: il malato è steso sopra una tavola e situato per fianco; il suo bacino è tenuto fermo mediante una cintura, che si passa fra il pube e la parte interna della coscia. Si applica allora la cureggia di cuojo, destinata per le puleggie situate sopra il ginocchio, su cui si è fortemente fissato una fascia bagnata. Quindi si mette una salvietta sotto la parte superiore della coscia; si fa incrociare il femore lussato sulla metà dell'altra coscia, e poscia si opera l'estensione colle puleggie. Nel tempo di questa operazione un'ajuto tira con una mano la salvietta posta sotto la parte superiore della coscia, e applica l'altra mano sul bordo del pube; in questa maniera si solleva il femore nello stesso tempo, in cui si tira verso la cavità cotiloidea, al disopra del contorno di questa cavità. Ho veduto servirsi con buon successo di uno sciugamano, in vece di una salvietta. Lo sciugamano era situato sotto la parte superiore della coscia del malato, e passato sulle spalle d'un'assistente, il quale teneva applicate le mani sul bacino del malato, e sollevandosi, veniva ad inalzare la coscia lussata.

Quantunque questo metodo sia il più facile per ridurre questa lussazione, ho visto ancora mettere in pratica altri mezzi, di cui farò menzione per far vedere in qual modo i muscoli, opponendosi all'azione delle puleggie, tirano il capo del femore verso la sua cavità cotiloidea, mentre si fa uscir fuori dalla cavità, in cui era contenuto.

Osservazione.

Un'individuo dell'età di 25. anni, entrò nello spedale di *Guy*, e fu affidato alla cura del sig. Lucas Fu trovata in questo malato una lussazione del femore in dietro; il membro lussato aveva presso a poco la stessa lunghezza di quello sano, non essendo più corto che un solo mezzo pollice; l'inguine sembrava depresso; il gran trocantere era situato un poco indietro della cavità cotiloidea, ma era inclinato verso la medesima; il ginocchio e il piede erano voltati in dentro, ed in questo caso si poteva sentire il capo dell'osso dietro la sua cavità articolare. Fu fatta coll'ajuto delle puleggie, un'estensione nella direzione di una linea retta col corpo, e nello stesso tempo fu portato in avanti colla mano il gran trocantere, ed il femore rientrò in capo a dieci minuti, con gran rumore, nella sua cavità cotiloidea.

Ho già detto che io non ho giammai osservato la lussazione della coscia in basso e in dietro, quantunque osservi attentamente da trenta anni a questa parte, i numerosi casi, che si presentano nei nostri spedali, e che medichi da parecchi anni i poveri di Londra, che vengono a casa mia la mattina, a consultarmi. Se questa lussazione accade qualche volta, ella dev'essere per altro estremamente rara. Io penso che qualche errore in anatomia ha fatto supporre che la lussazione del femore in basso e indietro sia stata descritta, come se il capo del femore fosse ricevuto nell'incisura ischiatica; ma questa incisura si trova situata, quando il bacino è nella sua naturale posizione, al disopra d'una linea, che fosse tirata dal centro della cavità cotiloidea; ed ecco perchè la lussazione del femore ha luogo nell'incisura ischiatica.

Lussazione del femore sul pube.

Questa lussazione è la più facile a riconoscersi. Accade talvolta nel camminare, che si mettano i piedi in qualchè buca, e che il corpo si porti nell'istesso tempo indietro: allora il femore è spinto in avanti sul pube, e nasce questo slogamento. Un individuo, che aveva sofferto una simile lussazione, mi raccontò che gli accadde nel tempo che camminava di notte in un cortile lastricato, ove mancava una pietra. Non avendo potuto vedere quella buca, vi messe dentro il piede, e cadde indietro, ed essendo stato esaminato il membro lussato, fu trovato il capo del femore sul pube.

Sintomi di questa lussazione.

In questa lussazione il membro è un pollice più corto di quello sano, il ginocchio e il piede sono voltati in fuori, e non si può far loro eseguire un movimento di rotazione in dentro; ma esiste una leggiera flessione in avanti ed in fuori. In una lussazione di questa specie, che non era stata ridotta, il malato poteva fare eseguire al ginocchio dei movimenti in avanti e in dietro per l'estensione di dodici pollici; ma il segno caratteristico di questa lussazione è somministrato dalla posizione del capo del femore, che si sente benissimo sul pube, al di sopra del ligamento del poupart, e al di fuori dell'arteria e della vena femorale. Si sente facilmente una specie di palla dura, che si muove, mettendo la coscia nello stato di flessione. Quantunque sembri facilissimo di conoscere questa lussazione, ho veduto tre casi, in cui non era stata conosciuta, ed in cui non fu più possibile di ridurla, quando se ne riconobbe l'esistenza. Il primo di questi casi accadde in un malato, di cui possediamo attualmente il femore allo spedale *Saint Thomas*; il secondo in una persona di campagna, in cui non fu conosciuta questa lussazione se non che alcune settimane, dopo che era accaduta. Fu praticata ancora l'estensione, ma inutilmente, e il malato venne a Londra per consultarmi. Lo consigliai di non sottoporsi ad una nuova estensione, e mi parve che egli fosse inclinatissimo di seguire questo

mio consiglio. Il terzo caso l'ho osservato in un malato allo spedale di *Guy*, che vi era stato ricevuto a cagione di un'ulcera in una gamba. Nell'esaminarlo, trovai che aveva una lussazione del femore sul pube, e mi disse che gli era accaduta alcuni anni avanti. Bisogna veramente essere trascurati all'eccesso per commettere questo errore, allorchè i segni di questa lussazione sono così bene caratterizzati, come lo erano in quel caso.

Dissezione.

Ho preparato un pezzo d'anatomia patologica, che aveva appartenuto a uno dei tre malati, di cui ho parlato di sopra, e lo conserviamo nel nostro museo anatomico. Questo pezzo mostra i cambiamenti avvenuti nell'articolazione, cambiamenti, che non rassomigliano intieramente a quelli, che si manifestano nella lussazione della coscia nel foro ovale. La cavità cotiloidea è occupata o da una densa materia, o dal gran trocantere; queste due parti hanno subita una considerabile alterazione relativamente alla loro forma. Il ligamento capsulare è strappato in una gran parte della sua estensione, e il ligamento triangolare lo è affatto. Il capo del femore riposa sul ligamento del poupart, e si trova situato fra questo ligamento e il pube. Il capo e il collo di dett'osso sono appianati, ed hanno sofferto un gran cambiamento in quanto alla loro forma; sul pube avvi una nuova cavità, in cui è alloggiato il capo del femore, poichè il capo di quest'osso è situato al di sopra del livello del pube. La nuova cavità si estende da ciascun lato del collo del femore in modo, che l'inchioda sul pube. (Ved. la tavola) Il ligamento del poupart lo circoscrive anteriormente. Il nervo ed i vasi crurali passavano in questo individuo, dal lato interno del collo del femore, ed il capo di quest'osso era situato fra l'aponeurosi crurale e la spina iliaca anteriore inferiore.

Un'osservatore poco diligente avrebbe potuto prendere questa lussazione per una frattura del collo del femore; ma la posizione del capo di quest'osso, il quale si sentiva sul pube, era bastante a far conoscere la natura di questa malattia.

Riduzione.

Per ridurre questa lussazione bisogna situare il malato per fianco sopra una tavola, e passargli una cintura fra il perineo e la parte interna della coscia. Questa cintura dev'essere fissata ad un'anello impiantato nel muro, un poco davanti la superficie del corpo. Le puleggie devono essere situate al di sopra del ginocchio, come nella lussazione del femore in alto, e quindi si deve operare l'estensione, seguendo la direzione di una linea, che passerebbe dietro l'asse del corpo. il femore essendo portato in dietro. Allorchè si continua questa estensione per qualche tempo, conviene mettere una salvietta sotto la parte superiore della coscia; un'assistente eserciterà allora una pres-

sione sul bacino, e porterà il capo del femore sul pube e sul contorno della cavità cotiloidea. Riporterò la seguente osservazione, la quale mi sembra propria a indicare il miglior metodo per ridurre questa specie di lussazione. Questo fatto è stato raccolto allo spedale di *Guy*, dal mio amico dott. Gaitskill, che è stato allievo interno di questo stabilimento, sotto il sig. Forster negli anni 1803. e 1804.

Bath, 18. agosto 1817.

Mio caro Signore,

L'osservazione della lussazione della coscia, che vi ho comunicata, contiene tutte l'essenziali circostanze, relative a questo caso. Resterei molto soddisfatto, se questa osservazione vi potesse essere utile, e se potesse trovar luogo nell'opera, che vi proponete di pubblicare.

Sono, Signore, vostro affezionato amico

Giuseppe A. Gaitskill.

» A. B soffrendo d'una lussazione del femore sul pube, entrò nello » spedale di *Guy*, e fu affidato alla cura del sig. Forster, nel tempo » che io era allievo interno di quello stabilimento.

» Il membro lussato era un poco più corto dell'altro, il ginocchio » e il piede portavano in dentro; ma la circostanza la più propria a » farci conoscere questa lussazione, ci era somministrata dalla posizione » del capo del femore, che si sentiva benissimo sotto i tegumenti, presso » l'inguine; e in fatti, si riconosceva chiaramente in questa regione, » la forma del capo di quest'osso, e se ne distinguevano manifestamente » i movimenti, mentre si faceva muovere la coscia. Un passo falso, o » una caduta aveva cagionata questa lussazione, che aveva fatto soffrire » per tre ore il malato, prima che entrasse nello spedale di *Guy*.

» Siccome questo individuo fu condotto allo spedale di sera, e il sig. » Forster era assente, mi credei in dovere di tentare subito la riduzione » di questa lussazione; a tal'effetto feci trasportare il malato nell'anfi- » teatro, e avendo fatto prevenire i miei tre confratelli in chirurgia, » l'informai del disgraziato accidente, che era accaduto, e li pregai, » onde evitare qualunque confusione, di concorrere ciascuno dal canto » loro, alla riduzione di questa lussazione. Il malato fu situato sopra » una tavola sul fianco sano: applicammo le puleggie sulla coscia, con- » forme l'ordinario metodo, e operammo l'estensione, seguendo la » direzione d'una linea retta. Noi cercavamo, mediante questo movi- » mento, di sollevare il capo del femore, e di farlo rientrare nella ca- » vità cotiloidea, ma fu invano. Riflettendo allora un momento sul » meccanismo dell'ossa, e sulla loro nuova situazione relativa, cam- » biai la direzione dell'estensione, e passando uno sciugamano sopra » le mie spalle, sotto la parte superiore della coscia del malato, solle- » vai questo membro nell'alzarmi col corpo.

= Essendo la gamba in tal modo flessa, come nel principio dell'ope-

razione, e formando essa quasi un'angolo retto colla coscia, pregai uno degli assistenti di afferrare il piede su i malleoli, e di sollevarlo nel tempo, che il ginocchio era tenuto nella flessione. Coll'ajuto di questa manuvre, la coscia fu portata in deutro, ed in poco tempo il capo dell'osso rientrò con rumore nella sua cavità cotiloidea. =

Il dott. Dorsey, uno dei più abili chirurghi Americani, il quale, spero, che continuerà a percorrere la sua carriera collo stesso zelo, che egli ha mostrato finora, riporta un esempio di lussazione del femore sul pube, in cui il capo dell'osso era situato sotto il ligamento del poupart, ed in cui la gamba del lato malato, era più lunga dell'estremità sana; ma questa è un eccezione alla regola generale.

Delle fratture dell' osso innominato.

Siccome queste fratture possono essere credute lussazioni del femore, e che l'estensione, che si opererebbe per ridurre questi pretesi slogamenti, aumenta molto i patimenti del malato, e dà luogo a delle triste conseguenze, nel caso in cui vi poteva essere qualche probabilità di guarigione, desidero perciò vivamente di dire due parole intorno questo particolare.

Quando l'osso innominato si frattura dalla parte della cavità cotiloidea, il capo del femore è diretto in alto, e il gran trocantere è portato un poco in avanti: in tal caso la gamba del lato della frattura è più corta dell'altra, il ginocchio e il piede sono voltati in dentro, e quindi è che questa frattura può essere presa per una lussazione della coscia. Se l'ileo è separato dal sacro, e il pube e l'ischio sono fratturati, il membro malato è un poco più corto del sano; ma in tal caso il ginocchio e il piede non sono voltati in dentro. Io ho veduto due esempi del primo caso, ed uno del secondo.

Si conosce facilmente l'esistenza di queste fratture da una crepitazione che si sente nei movimenti della coscia, situando una mano sulla cresta dell'ileo. D'altronde, queste fratture permettono maggiori movimenti delle lussazioni; quanto ai fenomeni poi, cui esse danno luogo, si potrà esaminarli nelle figure, nelle quali sono delineati.

Osservazione.

Fu trasportato allo Spedale *Saint-Thomas*, nel mese di gennajo del 1791. un uomo, su cui era caduto un barile di zucchero. Nel l'esaminare questo malato, si trovò che la gamba destra era due pollici più corta della sinistra, che il ginocchio e il piede erano voltati in dentro. Queste circostanze fecero credere al chirurgo, a cui venne affidato, che si trattasse di una lussazione, quantunque il membro gli sembrasse (cosa che notò) più mobile, che non lo è ordinariamente nelle slogature, e che vi fusse una gran contusione, ed un considerabile stravaso sanguigno. Il chirurgo prese le più grandi precauzioni nel fare una leggerissima estensione, che non ebbe verun resultato, e nel tempo che egli eseguiva questa manuvre, sentì un

crepito nell'osso innominato. Le forze del malato diminuirono grandemente, divenne palidissimo, e sembrò in uno stato molto allarmante; esso morì nella sera. All'apertura del cadavere furono osservate le seguenti lesioni:

La parte posteriore della cavità cotiloidea era fratturata, ed il capo del femore era uscito dalla sua cavità articolare; il tendine dell'otturatore interno, e i due gemelli abbracciavano strettamente il collo del femore; la frattura si estendeva dalla cavità cotiloidea fino al pube, ed esisteva l'intervallo di un pollice fra i pubi; una porzione della cartilagine del pube destro era strappata, ed era aderente alla cartilagine del pube sinistro; l'ilei erano separati da ambedue le parti, e il pube, l'ischio e l'ileo del lato sinistro erano fratturati. L'abdome conteneva circa una foglietta di sangue. Il rene sinistro era stato violentemente ammaccato, i tegumenti della rotula erano stati portati via da una parte, e il ligamento capsulare era allo scoperto.

Un'altro individuo, affetto da una malattia di simil natura, fu ricevuto nello Spedale *Saint-Thomas*. Sembra che egli soffrisse d'una lussazione della coscia in dietro, e morì in capo a quattro giorni. All'apertura del cadavere trovammo una frattura a traverso la cavità cotiloidea, che divideva l'osso in tre parti: il capo del femore era profondamente affondato nella cavità del bacino. La seguente osservazione di una frattura con lussazione degli ossi del bacino, si è ultimamente presentata nello spedale di *Guy*, ed è stata raccolta dal Sig Landford, che medicava questa donna nella sua qualità di allievo interno del prefato spedale, dal quale mi è stata comunicata.

Osservazione.

Maria Griffiths dell'età di 30. anni, entrò nello spedale di *Guy* alle 5. pomeridiane, l'8. agosto 1817. Il suo bacino aveva sofferto una violenta lesione, causata dalla ruota di una carretta.

Era stato fatto un piccol salasso dal braccio di questa malata, prima che entrasse allo spedale, e siccome era palidissima, aveva il polso debolissimo, e le dejezioni alvine erano involontarie, il salasso non fu replicato.

Poco dopo il suo ingresso nello Spedale, l'esaminai facendola stare in letto boccone, e mettendo una mano sulla parte posteriore dell'ileo destro, e l'altra sul pube dell'istesso lato, sentii una crepitazione e un movimento assai sensibile; la spina iliaca posteriore era sollevata in alto al di sopra della sua naturale articolazione col sacro. Dietro questo esame pensai che l'ileo fusse fuori di sito nella sua articolazione col sacro, e che esistesse qualche frattura o nell'ileo, o nel sacro. Allorchè la malata fu messa supina, e che la riscontrai per la via della vagina, trovai che i pubi erano più avvallati nella cavità del bacino, che nello stato naturale. Vi era una gran quantità di sangue stravasato dall'ultima costa fino alla parte superiore della coscia destra.

Stiedi sospeso allora, pensando se dovevo fare un'incisione nei tegu-

menti, affine di dar esito al sangue stravasato, che sembrava fluido, ma dopo mature riflessioni temei che avrei potuto incidere qualche vaso in questa operazione, e la malata non era in stato di soffrire una perdita di sangue, atteso la sua estrema debolezza; e che d'altronde, il sangue coagulandosi, impedirebbe ogni emorragia. Mi limitai dunque all'applicazione di una larga fasciatura attorno il bacino, per tenerlo fermo; alla prescrizione di trenta goccie di tintura tebaica, ed a siringare la malata, onde vuotare la vessica, la quale conteneva quasi una foglietta d'orina.

Nella sera lo stravaso sanguigno era un poco aumentato, e la malata si lamentava di soffrire un vivo dolore nella coscia, e gamba destra, dolore, la di cui acutezza era stata causa che questa donna aveva sleutata la fasciatura. Nacque il vomito, i suoi piedi divennero freddi, i dolori acuti, la sete era ardente, e il polso piccolo, e dava novanta battute.

Il 9. agosto la malata sentì una penosa sensazione da una parte, e un dolore lacerante dall'altra; essa aveva trovato, nell'esaminara le sue membra inferiori, che la gamba destra era più corta della sinistra, ed era in uno stato d'intorpidimento. La sua lingua era sordidissima, ma il dolore, e la sete erano un poco diminuiti, e non soffriva ai piedi tanto freddo, come nella precedente notte.

Le fu amministrato un lassativo, atteso che non era ancora andata di corpo dopo il suo ingresso nello spedale, e la siringai perchè la vessica non aveva bastante forza per sbarazzarsi dell'orine. L'ecchimosi era considerabilissima, ed era dubbioso che il sangue stravasato potesse venire riassorbito. Le fu messo un guanciale sotto il lato destro, affine di sostenere il bacino, ed un'altro sotto il ginocchio, onde mettere il membro in una comoda posizione. Nella sera dell'anzi detto giorno il polso dava cento dodici battute; la malata accusava un vivissimo dolore, nel lato e inguine destro, e fummo obbligati di siringarla nuovamente, e di amministrarle un'altro lassativo.

Nella mattina del 10. agosto, la malata diceva di sentire muovere l'ossa del bacino l'une sull'altre, e in un modo più chiaro che in principio. I dolori erano vivissimi, la lingua era tuttora sordida, ma il polso era più pieno; aveva avuto delle scariche alvine, ed orinato spontaneamente. A un'ora dopo mezzo giorno, trovando il polso più pieno, che dava 120. battute al minuto, ed il calore della pelle urentissimo, feci un salasso di dieci once; ma il sangue estratto non mostrò alcun'indizio d'infiammazione, e la sua cavata non sembrò produrre alcun miglioramento.

La sera il dolore, e la febbre si erano aumentati; e siccome la malata si lagnava di trovarsi incomodata dalla fascia attorno il bacino, le la tolsimo. Fui obbligato di nuovamente siringarla, e le feci amministrare una pozione salina, combinata coll'oppio.

Il giorno 11. la malata ci disse che aveva passata una nottata tranquilla; il suo polso dava 120. battute, ed era più molle; la lingua era sempre sordida; fu continuata la stessa pozione. Il 12. le fu prescritta una pozione stimolante, affine di favorire l'assorzione del sangue stra-

vasato. La pelle cominciò ad annerire nelle parti, ove l'ecchimosi era più considerabile, e l'epidermide si staccò in parte.

Il 13. il rapporto della malata fu più tranquillizzante; le evacuazioni alvine si erano bene stabilite, e le orine fluivano spontaneamente. Essa si lagnava però di soffrire un vivo dolore nell'anca.

Il 14. siccome le parti escoriate minacciavano di gangrenarsi, feci una punzione nei tegumenti, quasi rimpetto al gran trocantere, e scolò per questa apertura un boccale circa di sierosità sanguigna, e di una sostanza adiposa.

Il 15. dejezioni involontarie di materie fecali, e d'orine. La malata chiese di essere cambiata di letto. Il suo polso dava 112. battute. La puntura, che era stata fatta il giorno avanti, non sembrava avanzarsi verso la guarigione, e le feci applicar sopra un cataplasma.

Il 16. la malata ci disse che si era trovata sollevata dal cambiamento di letto. Il dolore era meno vivo, ed il polso dava 108. battute. Una dieta un poco sostanziosa sembrava necessaria per sostenere le sue forze, e le fu dato un poco di *porter*; ma il 17. le fu diminuita la quantità di questa bevanda, a cagione che nella antecedente notte aveva delirato.

Il 18. era molto aumentata l'escara della parte, che era rimasta fortemente contusa. La lingua era divenuta bella, ed il calore della pelle naturale.

Il 19. la malata sembrò in un migliore stato, e aveva passato una buona nottata: le fu applicato sull'anca un cataplasma fatto col lievito della birra; fu situata sul lato sinistro, e questa posizione diminuì il dolore, che sentiva nel lato destro.

Il 20. l'escara della parte superiore e posteriore della coscia si era aumentata; e furono prescritti alla malata il decotto, e la tintura di china china, una pozione salina, (la quale doveva essere amministrata solamente, se la sete diveniva più ardente) e una dieta di maggior sostanza.

Il 21. l'escara si era ancor maggiormente ingrandita; la lingua era sordida, e il polso dava 120. battute.

Il 22. lo stato della malata era peggiorato; lo stomaco rigettava ogni cosa; ella era rattristata da un sinistro presentimento sul suo prossimo fine, ricusò di prendere le medicine; l'escara era sempre più estesa.

Questa donna morì nella sera del 24. agosto.

Apertura del cadavere.

L'apertura del cadavere fu fatta il 25. agosto. Fu trovata una frattura che traversava il corpo del pube sinistro, e la branca dell'ischio dell'istesso lato.

L'osso innominato della parte destra era separato dal sacro nella sinfisi sacro-iliaca, ed una parte delle apofisi trasverse del sacro erano fratturate, e separate da quest'osso insieme con i ligamenti. La cartilagine, e i ligamenti della sinfisi del pube erano strappati, e la sinfisi sacro-iliaca sinistra aveva ceduto; il ligamento situato sopra di questa sinfisi

era parimente strappato, e l'intervallo, che esisteva fra le ossa era assai grande da ricevere il manico di uno scalpello.

Si trovò uno stravaso di sangue nel bacino, dietro il peritoneo.

Gionata Sondford.

Esito felice delle fratture degli ossi dell' anche.

Io ho osservato tre casi, in cui ebbe luogo la guarigione della frattura dell'osso innominato. Nei due primi era fratturato l'ileo, e si conosceva facilmente questa frattura dalla crepitazione, che si sentiva facendo eseguire dei movimenti alla cresta dell' ileo. Nel terzo caso, la frattura era successa nell' unione di una branca dell' ischio col pube.

Nei due primi casi fu applicata una fasciatura attorno il bacino, e fu praticato un'abbondante salasso; ma nel terzo non fu applicata alcuna fasciatura.

Fig. 4.

a

a

b

c

Fig. 5.

a

a

b

c

SPIEGAZIONE DELLE TAVOLE.

TAVOLA I.

Posizione del membro nelle differenti lussazioni della coscia.

Fig. 1. Lussazione in alto sull'ileo: la gamba è raccorcita; il ginocchio, e il piede sono voltati in dentro.

Fig. 2. Lussazione in basso nel foro ovale: il membro lussato è più lungo dell'altro; il corpo è piegato in avanti; il ginocchio è portato verso la parte anteriore.

Fig. 3. Lussazione in dietro, o nell'incisura ischiatica: la gamba è più corta di un mezzo pollice, o di un pollice; il ginocchio, e il piede sono rivolti in dentro.

Fig. 4. Lussazione in avanti sul pube: la gamba è più corta; il ginocchio, e il piede sono voltati in fuori. Avvi una protuberanza nell'inguine.

Fig. 5. Frattura del collo del femore: la gamba è più corta; il ginocchio, e il piede sono rivolti in fuori La frattura nell'interno del ligamento capsulare succede generalmente nelle persone molto avanzate in età; ed in questo caso la gamba può essere messa a livello coll'altra; ma immediatamente viene portata in dietro dall'azione dei muscoli.

TAVOLA II.

Veduta dei pezzi d'anatomia patologica, rappresentanti le diverse lussazioni.

Fig. 1. Lussazione nel foro ovale: *aa*, ilei; *b*, ischio; *c*, pube; *d*, foro ovale; *e*, cavità cotiloidea; *f*, sacro; *g*, femore; *h*, nuova cavità, ov'è ricevuto il capo del femore; *i*, cavità cotiloidea primitiva.

Fig. 2. Altra veduta dell'istessa preparazione: *a*, ileo; *b*, antica cavità cotiloidea molto diminuita; *c*, nuova cavità cotiloidea; *dd*, femore in punto di contatto con una porzione della nuova cavità, che si è stati obbligati di fratturare, onde fare uscir fuori quest'osso di questa nuova cavità.

Fig. 3. Lussazione nell'incisura ischiatica: *a*, ileo; *b*, tuberosità dell'ischio; *c*, femore; *d*, gran trocantere; *f*, capo dell'osso; *g*, nuovo ligamento capsulare; *h*, ligamento triangolare strappato.

Fig. 4. Lussazioue sul pube: *aa*, ilei; *bb*, pubi; *cc*, ischj; *d*, femore: *e*, gran trocantere nella cavità cotiloidea; *f*, capo del femore; *gg*, nuova cavità articolare.

Fig. 5, Stessa preparazione della lussazione sull'ossa pubi, dopo esserne stato tolto il femore: *a*, ilei; *b*, pubi; *c*, ischj; *d*, cavità cotiloidea primitiva; e, nuova cavità sul pube.

Fig. 6. Frattura della cavità cotiloidea: *a*, frattura dei pubi; *b*, ileo fratturato; *c*, ischio fratturato.

TAVOLA III.

Fig. 1. Lussazione del femore in alto sull'ileo; posizione delle fasciature, proprie a ridurre la lussazione: *a*, cintura, che fissa il bacino, e che passando fra le coscie, è attaccata al disopra dell'ileo, e fissata a qualche corpo immobile; *b*, puleggia fissata sopra il ginocchio a una vite, attaccata a qualche corpo immobile; *c*, testa del femore sull ileo; *d*, cavità cotiloidea.

Fig. 2. Lussazione in basso nel foro ovale: *a*, cintura per fissare il bacino; *b*, cintura per la puleggia; questa cintura passa fra le coscie, e fra la cureggia di cuojo, *a*, e il corpo, in modo da fissarli ambedue; *c*, mano del chirurgo, che afferra la gamba per incrociarla sull'altra gamba, come se si operasse l'estensione verso *b*; *d*, capo del femore; *e*, cavità cotiloidea.

TAVOLA IV.

Fig. 1. Lussazione in dietro, o nell'incisura ischiatica: *a*, cintura, che fissa il bacino, e che passa tra le coscie; *b*, puleggie fissate sopra il ginocchio; *c*, cintura fissata attorno la parte superiore della coscia, onde applicare la mano al disotto, e sollevare il femore dalla parte del bacino, come se l'estensione fosse fatta colla puleggia, in modo da inalzare il capo dell'osso sul contorno della cavità cotiloidea; *d*, cavità cotiloidea; e, capo dell'osso nell'incisura ischiatica, al disopra del livello del centro della cavità cotiloidea; il malato è situato per fianco.

Fig. 2. Lussazione su i pubi, o in avanti, e in alto: *a*, cintura per fissare il bacino; *b*, puleggia sopra il ginocchio; *c*, cintura, o fazzoletto fissato attorno della parte superiore della coscia, per sollevare, nel tempo dell'estensione, il capo dell'osso al disopra del contorno della cavità cotiloidea; *d*, capo dell'osso; e, cavità cotiloidea; il malato è situato per fianco.

Fig. 3
d
c
e
b

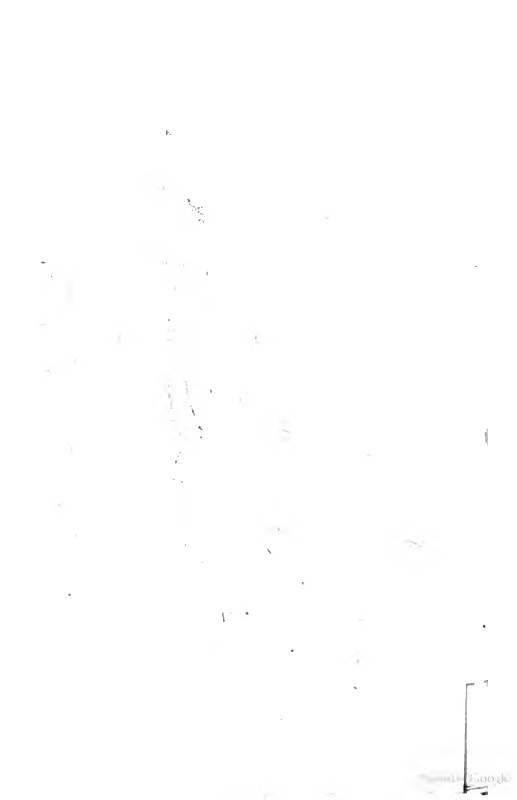
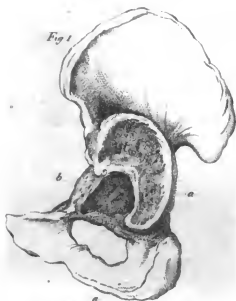



Fig. 1
a
b
a
Fig. 2
b
d
c

TAVOLA V.

Fig. 1. Effetti di una malattia, che ha la sua sede nell'articolazione della coscia, che produce l'assorbimento della cavità cotiloidea, e dà luogo alla formazione di una nuova cavità, propria a ricevere il capo dell'osso; il capo del femore è distrutto parimente in parte per l'effetto dell'assorbimento, ed è alterato nella sua forma: *a*, nuova superficie per il capo del femore; *b*, cavità cotiloidea.

Fig. 2. Frattura del bacino, e strappo della sinfisi sacro iliaca, conforme è stata descritta nell'osservazione del sig Sandford; il pube, e la branca dell'ischio sono fratturati; il ligamento sacro-iliaco del lato destro è strappato, e l'ileo s'inalza al disopra del sacro: la sinfisi sacro iliaca sinistra è pure strappata: *a*, l'ileo è slogato dalla sua articolazione col sacro; *b*, ligamento, e cartilagine strappati da ambe le parti; *c*, branca dell'ischio fratturata; *d*, pubi fratturati.

DELL' INFIAMMAZIONE

DELL'IRIDE

DI TRAVERS.

Le membrane interne dell' occhio sono soggette a una infiammazione, la quale può nascere da un' affezione idiopatica di questo organo, o pure può essere prodotta dai progressi della flemmasìa della membrana esterna dell' occhio medesimo. Gli effetti di questa infiammazione sono assai rimarcabili nell' iride, e colla denominazione di *flemmasia dell' iride* io intendo designare una infiammazione, che ha la sua sede nell' interno dell' occhio.

Questa infiammazione complica il reumatismo cronico, accompagna talvolta la gotta, e i sintomi caratteristici d' una sifilide costituzionale, e si manifesta nel tempo, o dopo l' azione del mercurio sul sistema generale delle forze.

In questa memoria tratterò della flemmasia dell' iride solamente, sotto il rapporto di queste due ultime sue complicazioni.

Quantunque i casi, nei quali questa flemmasia complica l' ulcere della gola, l' eruzioni cutanee, e i nodi, che si riguardano come sintomi venerei, e che si trattano con successo come tali, siano troppo frequenti per sfuggire all' osservazione dei pratici, ciò nonostante l' Hunter, e li altri patologi non ammettono l' iride nel numero delle parti, sulle quali agisce il virus sifilitico.

Ho osservato dei casi, in cui si attribuivano agli effetti del virus sifilitico i sintomi prodotti dall' azione irritante del mercurio, ed in cui l' infiammazione dell' iride esisteva, senza essere accompagnata da alcun sintoma consecutivo della lue: ho pure veduto dei casi, nei quali esisteva l' infiammazione dell' iride accompagnata da dolori articolari, e da eruzioni, che differivano manifestamente da quelle, che si riguardano ordinariamente come veneree. La flemmasia dell' iride prodotta dall' azione del mercurio è talmente conosciuta dai medici, che vedono molte oftalmie, che essi cominciano per domandare al malato attaccato da questa infiammazione, non già se egli ha contratto la sifilide, ma bensì se ha preso del mercurio; poichè, quantunque questa flemmasia si ma-

nifesti spesso quando non sono state amministrate al malato delle preparazioni mercuriali, e si riguardi a pena come una conseguenza della sifilide, anche quando il mercurio non è stato amministrato in modo, da attaccare l'intiero sistema, io penso che questa flemmasia sia più frequentemente determinata dall'uso del mercurio, che da un'affezione idiopatica; così, sotto il nome di flemmasia dell'iride, io non intendo designare quelle frequenti affezioni della coroidea, e dell'iride, che sono evidentemente cagionate dai progressi, e dalla durata d'una oftalmia superficiale.

Non fa meraviglia, che alcuni rinomati chirurghi neghino essere questa flemmasia dell'iride di natura venerea, e che la collochino in quella classe di sintomi, che rassomigliano alla sifilide, o che la complicano, mentre altri riguardano questa infiammazione come prodotta dall'azione del mercurio. In quanto a me, mi pare impossibile di decidere, nello stato attuale della scienza, se l'infiammazione dell'iride, che si manifesta così spesso in seguito di ulcere delle parti genitali, e che è accompagnata da eruzioni, sia prodotta dall'azione del virus sifilitico, o da quella del mercurio; come pure di conoscere, in terzo luogo, il vero carattere di questa flemmasia, che è accidentalmente risvegliato da una causa stimolante, nel tempo dell'amministrazione del mercurio.

Noi non possiamo seguire i progressi di un virus al di là della parte del sistema assorbente, in cui è separato. L'ulcera, i vasi assorbenti infiammati, e le glandule, in cui è assorbito questo virus, sono i soli organi, nei quali possiamo seguirne la traccia, ed i suoi progressi. Ma dopo che esso ha oltrepassato questa barriera, e che è penetrato nell'interno della circolazione, non abbiamo più alcun dato, onde sapere in qual circostanza egli deve riprodursi, o per conoscere la ragione, per cui affetta ora una parte, ora un'altra, non meno che per spiegare la causa di questa sua nuova apparizione. Ma allorquando è penetrato internamente, e che si è manifestato sulla pelle, nella gola, ed anche nell'ossa, sarebbe difficile di addurre una ragione, per cui l'occhio, o qualunque altro organo, dovesse rimanerne immune; e quantunque noi parliamo d'infiammazione venerea, non abbiamo però alcun mezzo per provarne l'esistenza, e per distinguerla da un'infiammazione ordinaria. La linfa, che si osserva sull'iride è verosimilmente dovuta a una infiammazione venerea, siccome quella, che ha la sua sede sul periostio, proviene dalla stessa causa.

Le simpatie, o i rapporti, che esistono tra certe parti, sembrano esercitare un'influenza assai grande sull'andamento delle loro malattie, siano queste semplici, o pure prodotte da una causa specifica. Si è osservato che il mercurio affetta principalmente la gola, la pelle, e l'ossa, e che queste parti sono attaccate dalle malattie, che hanno un qualche rapporto colla sifilide, eccettuati i casi, nei quali s'impiega, per guarirle, altri rimedj, fuori del mercurio. È da osservarsi, che l'occhio forma sovente uno degli anelli di questa catena, o in altri termini, che l'infiammazione della coroidea, o dell'iride esiste nell'istesso tempo, che le malattie della gola, della pelle, e dell'ossa, sia ella prodotta dalla sifi-

lide, dalla pseudo sifilide (1), dall'azione del mercurio, o dal reumatismo. Si osserva parimente che il rimedio, che esercita l'azione più forte, e manifesta sull'infiammazione del periostio, e della pelle, agisce efficacemente contro la flemmasia delle membrane dell'occhio, e *viceversa*. Delle concrezioni situate sotto il periostio rassomigliano a dei nodi, e dell'eruzioni cutanee sono evidentemente cagionate dal mercurio, come pure il deposito sulla coroidea, che degenera in una incurabile amaurosi.
Si osserva una generale predisposizione ai mali di gola, ed anche alle malattie degl'occhj, in tutte le varietà d'eruzioni cutanee, che sono accompagnate da qualche movimento febrile.
I due seguenti fatti provano assai chiaramente che le simpatie, che esistono fra certe parti, esercitano una grande influenza sull'andamento delle loro malattie, siano queste semplici, o prodotte da una causa specifica; ed io sono portato a credere, che questa circostanza spieghi perchè le malattie, che rassomigliano a delle affezioni veneree, guariscono talvolta sotto l'uso del mercurio.

Osservazione.

Un giovane, la cui condotta, e costumi erano esemplari, fu attaccato nel tempo che dall'Indie occidentali tornava in Inghilterra, affine di perfezionare la sua educazione, da un'ulcera alla verga, la di cui apparizione l'inquietò assai, atteso che egli non aveva mai avuto commercio con donne, e che non sapeva a qual causa attribuire questa sua malattia. Al suo arrivo a Londra consultò uno dei suoi amici intorno tal affezione; la sua pelle si coprì poco dopo d'un'eruzione, che non si dissipò, che mediante l'uso del mercurio.

Osservazione.

Un'individuo maritato, la di cui regolar condotta mi era perfettamente nota, mi consultò per un fimosi, e un'ulcera superficiale, situata dietro la corona del glande. Sapevo che questo malato non aveva avuto rapporti in questa circostanza con persona infetta, e che non aveva fatt'uso internamente del mercurio Questa malattia si era manifestata in conseguenza dell'accidentale contatto d'un pelo attorno del glande. Sei settimane dopo la guarigione dell'ulcera, quest'uomo fu attaccato su tutta la superficie del corpo da una eruzione pustulare, e dolorosa, e se gli manifestò nel tempo stesso un'infiammazione, e un'ulcera nella membrana, che tappezza le fauci. Questa infiammazione fu accompagnata da vivi dolori nell'ossa, e nelle articolazioni, e da un'aumento di volume nelle borse mucose dell'olecrano dei cubiti.

(1) L'opinioni dei pratici inglesi intorno la *pseudo sifilide* non sono state fino al presente esposte con quella chiarezza, e precisione, che caratterizzano ordinariamente la verità. Le loro idee su questo punto di dottrina non ci sembrano l'espressione di fatti clinici ben provati. Si deve sperare che l'esperienza ci metterà in grado di potere giudicare fino a quel punto sono fondate l'opinioni degl'Inglesi relativamente alla *pseudo-sifilide*. (*Nota del Trad. Franc.*).

L' uso delle pillole di Plummer, che affettano leggiermente l' intiero sistema, fece lentamente sparire questi sintomi

L' analogia, che è stata osservata tra le malattie delle parti, la cui struttura è simile, non sembra avere altra influenza sull' andamento di queste malattie di quella, che è prodotta dalla continuità dei tessuti. L' affezioni morbose della pelle, delle membrane mucose, sierose, e sinoviali entrano in questa classe, e la respettiva somiglianza delle loro malattie è giustamente attribuita alla somiglianza della loro struttura. Ma la causa, che induce la malattia ad attaccare un' organo, piuttosto che un altro, o in altri termini, che modifica l' andamento della malattia, non dipende dai rapporti provenienti dalla struttura delle parti, e dev' essere attribuita a qualunque altro fenomeno. Avvi qualche rassomiglianza fra il tessuto della pelle, del periostio, e della membrana coroidea, e pure, in tutti i casi, noi possiamo concludere, che i progressi di un virus non sono arrestati dalle simpatie, che nascono dalla struttura delle parti.

Sembra che la difficoltà di decidere se l' infiammazione dell' iride è dovuta all' azione della sifilide, non provenga dalle idee teoriche, che si sono concepite intorno questo soggetto, ma bensì dalla complicanza dei casi, che ci si presentano, e che noi non potremo rischiarare questo punto di dottrina, se non quando potremo seguire nel suo stato semplice e primitivo l' andamento del virus sifilitico.

Tal è la vera causa dell' oscurità, che involge tutto ciò, che ha rapporto colle malattie veneree. Forse è impossibile di determinare da quale di questi due agenti, il virus sifilitico cioè, o il mercurio, dipendono gli effetti, che si sviluppano dopo che questi agenti sono stati introdotti successivamente, come noi presumiamo, nell' interno del corpo. Allorchè si è amministrato il mercurio prima che siansi dichiarati dei sintomi propri ad annunziare una lue costituzionale, ciò, che accade quasi costantemente, in qual modo si potrà egli dimostrare che la sifilide non esiste, che secondariamente? o da un altro lato, chi cesserà l' uso del mercurio, nella supposizione che i fenomeni, che sono talvolta prodotti dall' azione di questo rimedio, siano assolutamente indipendenti dal virus venereo?

Infiammazione dell' iride prodotta dall' azione del mercurio.

Nell' esaminare se il mercurio può, agendo come veleno sull' intiero sistema esser una causa dell' infiammazione dell' iride che sì spesso si manifesta in seguito dell' uso di questo medicamento, faremo osservare che, quantunque noi vediamo raramente svilupparsi questa flemmasia, senza essere stata preceduta dall' amministrazione del mercurio, l' osserviamo altresì manifestarsi raramente senza essere preceduta dai sintomi primitivi della sifilide. Sarebbe pertanto ingiusto di far dipendere questa infiammazione da una causa, piuttosto che da un' altra; ma in quanto a me, penso che questa flemmasia ha luogo frequentemente, allorchè il sistema intiero è stato saturato di mercurio, essendo guarita l' ulcere, per cui era stato per lungo tempo amministrato, senza che

siansi manifestati altri sintomi sifilitici. Ho visto ancora insorgere questa infiammazione, allorquando è stato amministrato internamente il mercurio per una gonorrea. Nel tempo, che si faceva prendere internamente questo rimedio per una infiammazione scrofolosa, ho osservato svilupparsi l' infiammazione dell' iride, e nel tempo che il mercurio guariva l' infiammazione di un' occhio, vedeva comunemente manifestarsi l' infiammazione nell' altro, come se questo minerale producesse degli effetti diametralmente opposti sull' occhio sano, e sull' occhio infiammato. Allorchè un' individuo è attaccato da un' oftalmia, e che la sua costituzione è saturata di mercurio, questa infiammazione non si limita giammai alla congiuntiva, ma attacca sempre le membrane le più profonde dell' occhio, secondo quello che ho potuto rilevare dalla mia esperienza. Per altro io non ho mai visto infiammarsi l' iride nella *eczema* mercuriale, ma in questa circostanza ho sempre osservato la flemmasia della congiuntiva delle palpebre. In tutti i casi, che ho riguardati come mali di gola mercuriali, non rassomigliando nè all' eruzioni veneree, nè all'eruzioni mercuriali, ho sempre visto esistere l' infiammazione dell' iride; ma eccettuato un solo caso, non mi ricordo di avere mai visto svilupparsi subito questa flemmasia, nel tempo che si amministrava internamente il mercurio per una malattia, in cui le parti genitali non erano punto affette, come nell' ingorgo del fegato: dietro questa osservazione non si potrebb' egli concludere che il mercurio attacca in alcuni individui le membrane le più dense dell' occhio, come attacca talvolta il tessuto della pelle; e non sarebbe l' istesso di questo medicamento, che di alcune altre sostanze, che agiscono particolarmente su certe parti, quando sono internamente amministrate? Così le cantaridi, e la trementina agiscono sul collo della vessica, l' arsenico sullo stomaco, ed il piombo sul canale intestinale.

Ci resta adesso da esaminare se l' infiammazione dell' iride, che si dichiara dietro l' uso del mercurio, è prodotta semplicemente per l' effetto dell' accidentale esposizione al freddo, o da qualunque altra causa eccitante, che agisce allorchè il corpo è predisposto all' infiammazione, o pure se la flemmasia di questa membrana dell' occhio è dovuta a una cachessia, determinata dal virus sifilitico, o dall' azione del mercurio, o da queste due cause riunite.

I dolori, che accompagnano questa infiammazione sono di una natura reumatica, ed attaccano solamente l'articolazioni, e i muscoli; durano più, o meno lungamente, perchè non sono accuratamente trattati. La infiammazione dell' iride non si dichiara, che allorquando questi dolori sussistono da un qualche tempo, durante il quale il malato è stato esposto all' impressione del freddo, e dell' umidità; ecco perchè questa infiammazione è meno frequente nelle persone ricche. Pure ho osservato dei casi, nei quali sono comparsi insieme coll' infiammazione dell' iride, dell' ulcere alla verga, e dei bubboni, manifestandosi separatamente, o contemporaneamente i dolori, o l' eruzioni, quantunque il malato avesse subito un trattamento mercuriale più, o meno lungo, prima che ei fosse attaccato dalla flemmasia dell' occhio. L' infiammazione di quest' organo, e l' eruzioni che dissipa l' istesso rimedio, sono soggette alla

recidiva, e si riproducono insieme. I dolori sono talvolta alleviati, sovente aggravati, e raramente poi dissipati dall'uso del mercurio. Le due prime malattie sono vantaggiosamente combattute dall'acido nitrico; ma l'oftalmia si dichiara di nuovo, ed esige l'amministrazione del mercurio per vincerla intieramente. L'istesso succede nei casi, in cui è stato dato il sublimato a piccole dosi, come tonico.

Sintomi dell'infiammazione dell'iride.

Prima d'occuparmi del trattamento di questa malattia, mi sembra utile di descriverne i sintomi, quantunque mi resti ben poco da aggiungere alle osservazioni diligentemente raccolte intorno quest'affezione morbosa dal fu sig. Saunders, le quali sono conosciute dalla maggior parte dei medici. L'infiammazione dell'iride è caratterizzata nel suo primo periodo dall'iniezione della congiuntiva, e dall'aumento della sensibilità di questa membrana, sensibilità, che è proporzionata all'intensità della flemmasia. I vasi capillari dell'iride sono iniettati di sangue rosso; e quantunque la pupilla soffra minore alterazione di quello, che dovrebbe naturalmente subirne in conseguenza dei cambiamenti prodotti nell'occhio dall'impressione della luce, essa non cambia di forma, e poco si allontana dalla sua figura rotonda. In principio di questa flemmasia non si osserva alcuno stravaso di linfa nell'interne camere dell'occhio, o esternamente nell'iride; qualche volta si scorgono su questa membrana alcune macchie provenienti dallo stravaso del sangue. Il dolore si fa principalmente sentire nel globo dell'occhio, ed è accompagnato da un senso di pressione, come se il globo di questo organo fosse troppo grande per la sua orbita. Allorchè l'infiammazione è più attiva, come in una flemmasia primitiva dell'iride, le fibre di questa membrana sono fra loro riunite, il suo bordo pupillare diviene più compatto, e fisso, e si osserva un'elevazione, e uno strato di linfa esternamente nell'iride, la congiuntiva è meno iniettata, e siccome il colore brillante nei vasi sanguigni subisce un cambiamento, essa apparisce d'un colore purpureo acceso. I vasi della sclerotica presentano delle linee, che vanno da una parte all'altra in una porzione del globo dell'occhio, e formano alla circonferenza della cornea una rimarcabilissima zona vascolare. Questo stato è verosimilmente aumentato dalla turgescenza dei vasi del processo ciliare, e mediante la gran quantità di anastomosi stabilite fra i vasi superficiali, e quelli profondamente situati. La pupilla ha una forma quadra, ovale, romboidale, simile a un poligono, e si osserva uno strato di linfa su d'uno, o su ciascuno degli angoli formati sul bordo della pupilla medesima. Talvolta si scorge nella sua parte anteriore uno strato di linfa prominente, ed il suo bordo è intieramente guarnito di una frangia tutt'affatto particolare. La linfa è talvolta situata nel centro dell'iride, e ora sul corpo della pupilla, ma raramente sul suo bordo ciliare. In questo stato il dolore, che sente il malato, è simile a quello dell'emicrania; si aumenta per parossismi, ed è più forte nella notte, che durante il giorno.

Infiammazione cronica dell' iride.

Questa infiammazione differisce dalla flemmasia acuta dell' iride, perchè l' andamento dell' infiammazione cronica è progressivo, e il dolore è meno intenso che nella flemmasia acuta, e non si fa sentire che nel globo dell' occhio, e nella regione dell' orbita; d' altronde la minore iniezione dei vasi, la forma membranosa della linfa, che si trova stravasata in piccola quantità, o l' impossibilità di discernere questa linfa, l' affezione concomitante della cornea, che ha sovente luogo, e che è accompagnata da ulcere erpetiche, piccole, superficiali, e d' un colore bruno, tutto ciò caratterizza l' infiammazione cronica dell' iride. Il colore dell' iride sparisce più o meno durante questa infiammazione, e nel luogo, ove la linfa si è organizzata sull' uvea, non ricupera giammai il suo colore, perchè questa nera secrezione manca in gran parte, o intieramente.

Infiammazione dell' iride prodotta dalla sifilide.

L' infiammazione sifilitica dell' occhio non è caratterizzata, per quanto posso giudicarne dietro la mia propria esperienza, da alcun sintoma particolare, come per esempio, il cambiamento di colore, conforme succede nell' infiammazione della congiuntiva, e della sclerotica, oppure come l' alterazione, che produce lo stravaso della linfa. In questa infiammazione il colore della congiuntiva è d' un rosso carico, o di mattone, invece di essere d' un rosso brillante, o scarlatto; la linfa è compatta, e bruna, ed è adesa intimamente all' iride, in luogo di essere di un colore bianco, giallastro, e quagliata. Allorchè la congiuntiva è molto iniettata, come nell' oftalmia ordinaria, e che la linfa stravasata è bianca, poco consistente, e puriforme, principalmente allorchè la cornea è oscurata, e che la luce produce un' irritazione sull' occhio, io sono di parere che questa infiammazione non è venerea, quantunque non possa però rispondere dell' esattezza di questa idea. L' irritazione prodotta dalla luce sull' occhio, è stata riguardata come un segno diagnostico. Si può infatti riguardare questo sintoma come caratteristico, e come proprio a stabilire una differenza fra la flemmasia primitiva dell' iride, e fra quella che ha luogo in seguito di un' infiammazione acuta della congiuntiva, o quella che è accompagnata dalla flemmasia di questa membrana. Nell' ultimo caso il colore della cornea è bruno, e l' umore aqueo è torbido. Frattanto la vista non è più affetta in questa flemmasia, che nell' infiammazione dell' iride, che ha dato origine a un deposito di linfa.

Cura dell' infiammazione dell' iride.

Il metodo curativo di questa malattia, che fortunatamente è conosciuto dai pratici, dev' essere messo in pratica fino dal suo principio; ma l' abitudine di non ricorrervi nel primo periodo di questa flemmasia, sotto pretesto di volerla prima classare, e determinarne il carattere, mi

pare antirazionale, ed erroneo. A me sembra, che anzi sia lo stesso che rinunziare al vero mezzo analitico d'illuminarsi sul carattere della malattia, aspettando a decidere dopo l'azione del mercurio se tali sintomi sono sifilitici, e tali altri no. Quante malattie essenzialmente differenti sono guarite cogli stessi rimedj! e quanto sarebbe confusa, e poco utile per stabilire il diagnostico, su cui deve riposare una pratica razionale, una nosologìa basata su tali fondamenti? Senza dubbio fa d'uopo prendere in grau considerazione gli effetti dei medicamenti, e conviene riguardarli come un mezzo ausiliare per facilitare lo studio della nosologìa; ma questo mezzo non può giammai essere impiegato per formare una parte della storia della malattia, e tanto meno ancora per stabilirne il diagnostico.

Compendio di alcune osservazioni.

Le seguenti note sono estratte da alcune osservazioni d'infiammazioni dell'iride, riguardate come veneree, che ho raccolte presso i malati, che ho guariti, e le narro affine di mostrare la combinazione dei sintomi

1.° *Holton.* — Eruzioni sifilitiche.

2.° *Vallence* — Eruzione del colore del rame, prominente e squammosa, situata sul dorso, e sulle membra. Il malato aveva avuto sei mesi avanti dell'ulcere seguite da bubboni.

3.° *Younger* — Eruzione tubercolare sulla faccia, le braccia, e le gambe; il colore è simile a quello del rame, ed ha avuto luogo la desquammazione dell'epidermide. Il malato fu attaccato un'anno avanti da ulceri su i tegumenti della verga. Queste ulcere sparirono, e ricomparvero per tre o quattro volte. Non comparvero bubboni, ed il malato non fu sottoposto alla cura mercuriale.

4.° *Neale* — Sintomi consecutivi della sifilide.

5.° — *Glover* — Eruzioni, e dolori venerei.

6.° *Riddington* — Ulcere sifilitica alla gola, e dolori notturni.

7.° *Topham* — Stessi sintomi.

8.° *Brown* — Ulcera seguita da un bubbone sei settimane avanti dolori notturni.

9.° *Wyatt.* — Eruzioni, e dolori venerei.

10 ° *Dudley* — Dolori, e nodi al coronale. Malattia dell'occhio sinistro seguita da quella dell'occhio destro.

11.° *Prole* — Eruzioni, ulcere alla gola, e dolori notturni.

Ho raccolta con tutti i suoi dettagli la seguente osservazione.

Osservazione.

8. *febbrajo* 1816. — Giuseppe Wade di trent'anni fu attaccato alcune settimane indietro da una infiammazione dell'occhio sinistro nel tempo di una cura mercuriale, che provocò la salivazione, e che egli faceva a causa d'un'ulcera del velo del palato, la quale si dissipò sotto l'uso di quel rimedio. L'occhio presentava i seguenti sintomi: la congiuntiva era iniettata in gran parte, ma principalmente attorno della

cornea, ove i vasi formavano una zona ben distinta; l'iride, il cui colore non era alterato, era quasi priva di movimento, e quantunque non si fusse contratta, si osservava una specie d'irregolarità nel suo cerchio, a causa dell'infiammazione adesiva. Vista disturbata.

Prescrizione: mercurio dolce, due grani: oppio, un mezzo grano; fate una pillola. Il malato prenderà una di queste pillole la mattina, e un'altra la sera. Pozione aperiente, se diviene necessaria.

20. Bocca leggermente dolente. Diminuzione rapida dell'infiammazione dell'occhio: continuazione delle pillole. Marzo 7. — Il malato è uscito guarito dallo Spedale.

Nota. Appena che Wade fu guarito, riprese il suo impiego di palafreniere, fu attaccato da un reumatismo cronico, e soffrì una recidiva dell'oftalmìa, la quale non fu però che superficiale, e cedè prontamente all'azione delle mignatte, e dei purganti. I dolori reumatici furono calmati colla polvere d'ipecacuana composta, amministrata a piccola dose, e col decotto di salsapariglia. Wade pensava che i suoi dolori reumatici fussero nati per essersi esposto all'impressione del freddo, nel lavare i piedi dei cavalli.

Osservazione

Marzo 23. 1816. Giacomo Basnell di quaranta anni, fu attaccato cinque mesi fa, da un'ulcera sull'orifizio del canale dell'uretra. Il malato non sapeva se i rimedj, che gli erano stati amministrati erano mercuriali: non aveva mai risentito dolore in bocca. Due mesi dopo l'apparizione di quest'ulcera, si manifestò un'eruzione sul petto, che si estese poscia a tutta la superficie del corpo. Era prominente, piccola, squammosa e di un bruno palido. Un mese dopo l'apparizione dell'eruzione, s'infiammò l'occhio sinistro. Furono principalmente usati i topici per combattere questa infiammazione, che si dissipò poco a poco, ma il malato perdè la vista. Presentemente l'iride è adesa alla capsula opaca del cristallino, la pupilla ha perduto la sua forma, è immobile, e si scorgono sull'iride dei raggj biancastri, che convergono verso la pupilla. Tre settimane dopo l'infiammazione dell'occhio sinistro, s'infiammò anche il destro. La congiuntiva di quest'occhio divenne rossa, ed i vasi erano più densi intorno la cornea. Si vedevano sull'iride iniettata dei vasi convergenti verso la pupilla, la quale era in uno stato di contrazione. Questi vasi somigliavano a dei raggj terminanti ad un centro comune. Si vedevano dei fiocchi di linfa sull'iride, e una rimarcabile elevazione, che si estendeva fino alla cornea; questa elevazione era rossa presso la sua base, come se avesse cominciato ad essere organizzata. Quantunque la cornea fusse trasparente, gli umori parevano addensati, e la vista era diminuita. Il malato non soffriva forti dolori nel giorno, ma pativa molto la notte.

Prescrizione: mercurio dolce, un grano: oppio, un quarto di grano: mescolate, e fate una pillola. Il malato ne prenderà quattro il giorno.

Aprile 1. — Bocca leggermente dolente. Scoloramento dell'eruzione. L'infiammazione della congiuntiva si è dissipata; l'umore aqueo ha

ricuperato la sua trasparenza, e la linfa è diminuita di volume; la vista è molto migliorata. Continuazione delle pillole; applicazione dell'estratto di belladonna, nella notte, sulla regione soprorbitaria.

20. — L'eruzione, e la linfa, che erano sull'iride, sono scomparse. La pupilla è tuttora irregolare; ma l'occhio è trasparente, e sano, e la visione si è ristabilita. Il malato esce guarito dallo Spedale.

Osservazione.

Settembre 26. 1816. Tommaso Edmonds di 17. anni, sono già dieci mesi, che fu attaccato da ulceri sul pene, che sparirono sotto l'uso dell'unguento mercuriato, e delle pillole mercuriali, che gli furono amministrate, stante avere egli avuto un leggiero dolore in bocca per lo spazio di un mese. A quest'epoca gli si manifestò una leggiera infiammazione nell'occhio destro, che fu attribuita all'impressione dell'aria fredda, e questa flemmasia fu seguita da eruzioni in differenti parti del corpo. L'oftalmia fece dei progressi, diminuì la visione, e produsse una cefalalgia. Nel tempo stesso comparvero dei porri sul glande. A cagione di queste differenti morbose affezioni, fu fatta subire al malato la cura mercuriale nello Spedale di *Guy*, di dove uscì guarito della sua malattia. Dopo la sua uscita dallo Spedale Edmonds si espose frequentemente alle variazioni atmosferiche, per cui ricomparve l'eruzione, e l'oftalmia. Nacque allora un fimosi, cagionato dallo sviluppo dei porri: la congiuntiva dell'occhio sinistro era molto iniettata, si manifestarono delle granulazioni sulle palpebre; l'iride era sempre scolorita, e aderiva alla capsula del cristallino, che era in parte opaco; la pupilla era contratta e irregolare, ed alcune porzioni di linfa stravasata nella camera anteriore si riempivano di vasi; era principalmente ben rimarcabile una di queste porzioni di linfa, la quale era in rapporto col bordo superiore della pupilla, ed appariva distintamente organizzata; l'eruzioni erano di natura erpetica, formavano delle croste circoscritte sulle braccia, sulle spalle, e sul dorso: l'eruzione era più estesa sulla faccia, che sull'altre parti del corpo, ma essa presentava lo stesso carattere. Queste eruzioni erano farinacee, non cagionavano alcun prurito, ed erano del colore di rame.

Prescrizione: Arteriotomìa, affine di levare al malato sedici once di sangue; unguento mercuriale.

Ottobre 5. Bocca leggiermente dolente per due giorni; le forme esterne dell'eruzioni subiscono diversi cambiamenti; la congiuntiva non è tanto iniettata; il volume della linfa è diminuito, ma è più colorita; applicazione della belladonna.

9. — Assorbimento quasi completo della linfa: la belladonna non ha prodotto alcun effetto sulla pupilla.

23. — Sparizione dell'eruzioni; il fimosi è ridotto mediante una iniezione fatta colla lozione nera (1); i porri sono stati asportati, e la

(1) Una dramma di calomelanos in sei once d'acqua di calce. *Nota del Trad. Franc.*

parte, su cui erano situati è stata lavata con una soluzione di solfato di zinco.

26. — Leggiera recidiva dell'infiammazione della congiuntiva: applicazione delle mignatte sulle palpebre; fomente ammollienti dopo l'applicazione delle mignatte.

30. — L'infiammazione dell'occhio è intieramente svanita; la capsula opaca diviene vascolare. Il malato esce guarito dallo Spedale.

Osservazione.

Novembre 7. 1816. Roberto Hughes di 23. anni, fu attaccato nel mese di marzo da un'ulcera, che sparì sotto l'uso delle pillole mercuriali, e dell'applicazione della lozione nera. Sparì pure un bubbone, che era comparso all'istessa epoca. Dopo la guarigione dell'ulcera, il malato soffrì dei dolori articolari fino al mese di novembre. Egli aveva preso delle pillole mercuriali fino dal mese di marzo in poi, ma senza regola; la sua bocca fu, in diversi tempi, irritata da questo medicamento; egli si esponeva abitualmente all'impressione dell'aria. Tre settimane dopo l'uso del mercurio, l'occhio destro fu preso da un'infiammazione, che sussiste ancora; d'altronde un'insolito rossore, esteso, ed eccessivo della congiuntiva, una gran quantità di fiocchi di linfa, stravasata nella camera anteriore, che sembrava mescolata coll'umore aqueo, non tardarono a comparire. L'iride era oscurata, e si scorgeva una leggiera nuvoletta attorno la cornea; il malato soffrì un violento dolore nell'interiore del globo dell'occhio nell'orbita, alla fronte, ed alle tempie; l'impressione della luce era per esso molto dolorosa. Si manifestarono delle eruzioni sulle braccia, sul dorso, e sul petto, ma questo malato non sentì dolori osteocopi.

Prescrizione: arteriotomìa, onde estrarre al malato sedici once di sangue; unguento mercuriale.

12. — Bocca leggiermente dolente: diminuzione del dolore.

20. — Bocca dolentissima; stato dell'occhio migliore sotto tutti i rapporti; il dolore dell'occhio, e delle articolazioni si è dissipato; il malato ci vede molto meglio; sparizione delle eruzioni.

Dicembre 4. — Miglioramento continuo.

11. — Lozioni sull'occhio; visione in buono stato; pupilla irregolare nonostante l'uso della belladonna.

Osservazione.

Gennajo 30. 1817. Elisabetta Scarlett, di 18. anni; sono già quattordici mesi che fu attaccata da ulcere nelle grandi labbra, e le venne un bubbone all'inguini; durante trentacinque giorni fece delle unzioni mercuriali per guarire da questa malattia. Non soffrì alcun dolore nei primi tre mesi, ma passato questo tempo, si risvegliarono dei dolori nelle articolazioni, che infierivano nella notte, e si manifestarono delle eruzioni in diverse parti del suo corpo. Poco dopo gli occhj s'infiammarono a segno, che perdè la vista dall'occhio sinistro per parecchie

settimane l'infiammazione dell'iride era profonda, e la pupilla era circondata da una linfa del colore della cioccolata, la quale formava una specie di zona Dell'eruzioni, caratterizzate da un colore rosso, erano disseminate sulla faccia, sulle braccia, sul dorso, sulle cosce, e sulle gambe; esse cominciavano sotto la forma di piccole vessichette, bianche, che si aprivano, ed erano accompaguate da una disquammazione bruna, e rossa dell'epidermide.

Prescrizione: unguento mercuriale.

Sei mignatte alle palpebre; acetato di piombo: ventiqnattro grani; acqua distillata sei once; mescolate per un collirio.

Febbrajo 10. Bocca dolente, diminuzione dell'oftalmìa, e delle eruzioni.

19. — Bocca dolente durante l'ultima settimana; i dolori sono molto diminuiti; l'eruzioni si dissipano; la vista dell'occhio malato è indebolita per sempre, ma la linfa è riassorbita, e l'infiammazione dissipata.

Marzo 12. La malata è guarita, ed esce dallo spedale.

Osservazione.

Gennajo 30. 1817. Guglielmo Warren, di 26. anni, fu attaccato 18. mesi indietro, da ulceri primitive, che cederono all'uso del mercurio, continuato per parecchie settimane, e le quali furono seguite da dolori nell'articolazioni del cubito, e del ginocchio Due mesi dopo contrasse una seconda malattia venerea, per cui prese ancora delle pillole mercuriali per parecchie settimane. L'ulceri guarirono, ma il malato essendosi esposto all'impressione del freddo, rinacquero i dolori con febbre. La faccia, i tegumenti capillati, le braccia, e l'anche si coprirono d'una eruzione pustulare, che era d'un rosso palido alla faccia, e d'un colore più cupo nell'altre parti. La congiuntiva dell'occhio sinistro era molto iniettata, l'umore aqueo era un poco intorbidato, e la vista indebolita. L'iride non era malata, e l'infiammazione era profonda. Il malato risentì dei dolori al cubito, e alle ginocchia, i quali crescevano la mattina; la sua salute s'indebolì.

Prescrizione. Pozione aperiente: acido nitroso, venti goccie, da prendersi tre volte il giorno: pillole mercuriali, fatte nel modo seguente; mercurio tre grani, estratto di rabarbaro, cinque grani; mescolate, e fate una pillola da prendersi sera, e mattina.

Febbrajo 5. — Poco cambiamento.

20. — Bocca indolente; miglioramento sensibile nell'occhio. Sparizione dell'eruzioni; continuazione degli stessi rimedj.

Marzo 1. — Recidiva dell'infiammazione; la sclerotica, e la coroidea appariscono manifestamente malate: l'eruzioni si dissipano, e lasciano delle piccole macchie rosse.

12. — L'infiammazione si è dissipata; la pupilla è sensibile all'impressione della luce; la vista è assai buona, ma il malato soffre una sensazione simile a quella, che cagionano le mosche nel volare davanti gli occhj.

22. — La pupilla è contratta; leggiera opacità nella sua capsula; uso dell'estratto di belladonna.

29. — Dopo che il malato fa uso della belladonna, l'iride si è infiammata, la pupilla ha una forma ovale e irregolare, la linfa è stravasata in gran quantità attorno il suo bordo, e si vede bene distintamente un tubercolo linfatico sul bordo inferiore della pupilla medesima; il malato non soffre più di cefalalgia; cessazione dei precedenti rimedj; muriato di mercurio, grani uno, oppio, un quarto di grano; mescolate e fate una pillola. Il malato ne prenderà tre il giorno.

Quest'uomo è uscito guarito dallo spedale, dopo aver sofferto un ptialismo per tre settimane: la vista è in buono stato; la pupilla è leggermente irregolare.

Cura.

I copiosi salassi ed i purganti attivi debellano l'infiammazione dell'iride, di cui abbiamo parlato, e che dipende o dal non averne bastantemente continuata la cura, o per avere impiegato dei mezzi antirazionali. I salassi ed i purganti convengono ancora nell'infiammazione dell'iride, che è stata cagionata dall'impressione dell'aria sul globo dell'occhio. Tutte l'altre infiammazioni dell'iride, siano primitive, o consecutive, semplici, o dipendenti da un virus specifico, esigono, senza eccezione, l'uso interno del mercurio. Questo precetto terapeutico può essere stabilito, senza bisogno di rimontare fino all'origine della malattia, e mi resterebbe difficile di nominare un'altra morbosa affezione, della quale un rimedio conosciuto operi la guarigione con tanta prontezza ed efficacia, come in questa infiammazione. I soli casi (fra il gran numero di quelli, che ho osservati) nei quali il mercurio non ha corrisposto alla mia espettativa, si sono offerti in persone vecchie, o le di cui forze erano tanto indebolite, da non poter sopportare l'azione di questo rimedio; e in fatti, tutti i malati, nei quali è stato amministrato il mercurio in gran quantità, convengono che avvi di bisogno di una certa attività nelle proprietà vitali, onde sopportare l'azione di questo rimedio, quantunque abbia osservato in certi casi, che una piccola quantità di mercurio bastava (allorchè era prudentemente amministrato) per guarire il malato. S'incontrano dei casi, nei quali le scrofole complicano il virus venereo, ed in cui non si può amministrare il mercurio, se non dopo averci preparato il malato con i tonici, e mediante un buon regime. Ho sovente impiegato questo metodo nei malati, prima di mandarli alla sala dei venerei. In una circostanza molto rimarcabile, il malato (egli era un marinaro) il di cui corpo era coperto di scaglie prominenti, secche, lamellari, simili al corno, fu obbligato di ricorrere per ben tre volte all'acido nitrico, in vece delle pillole mercuriali, prima di poter sopportare, senza interruzione l'uso del mercurio, che finì poi per debellare questa malattia. Potrei citare, se lo credessi necessario, parecchj altri esempj, analoghi a questa osservazione, e specialmente un caso, in cui il malato perdè non solamente l'organo affetto, ma finì poi per soccombere alla sua

malattia, perchè non aveva potuto sopportare l'azione del mercurio. In casi di simile sorta, si comincerà dall'amministrare il mercurio in poca quantità, e se ne sospenderà, o se n'aumenterà la dose secondo lo stato delle forze del malato.

Sono pochi anni, dacchè si è osservato i salutari effetti del mercurio nell' infiammazione dell' iride (1). Recentissimamente ancora non si amministrava questo rimedio in cotal flemmasia, se non quando era prodotta dal virus venereo. Ma i pratici dell'Europa non erano portati a far uso del mercurio in questa malattia, o per causa dell' educazione medica, che essi avevano ricevuto, o dei pregiudizj, di cui erano imbevuti, o a motivo di queste due cause insieme; e anche al dì d'oggi non sono tutti d'accordo che si debba amministrare internamente il mercurio durante il corso d'una infiammazione attiva dell'iride, quantunque sia oramai provato da un gran numero di fatti, che questo rimedio è efficacissimo nell'infiammazione la più acuta dell'iride, ed in ogni specie di flemmasia di questa parte.

La pubblicazione e la scoperta di questa verità terapeutica, sono dovute allo spedale di questa capitale, consacrato alle malattie degli occhj, ed io non conosco altra scoperta, fatta a questi tempi in medicina (fuori della vaccina) che si possa mettere al disopra di questa.

È appena necessario di rimarcare che nel principio d'una infiammazione acuta, il salasso ed i purganti devono precedere l'uso del mercurio, e che questi soccorsi devono ripetersi a norma delle indicazioni. Se l'infiammazione adesiva è digià molto avanzata, prima che il mercurio abbia prodotto il suo effetto, non potremo opporci all'opacità della capsula, che ha contratto delle aderenze, e non potremo neppure dissipare questa opacità, ciò, che deve determinarci ad amministrare il mercurio fin dal principio dell'infiammazione. Io ho applicato per lungo tempo le coppette sulle tempie, e preferiva di servirmi di questo mezzo, piuttosto che di aprire l'arteria temporale. Siccome quest'ultima operazione aumenta inevitabilmente l'impulso del sangue nei vasi collaterali, questo modo di salassare il malato non è sempre seguito da salutare effetto. Il mio amico, sig. Giorgio Young, mi ha asserito di avere più volte osservato che l'arteriotomia aveva aggravato l'oftalmia, e mi ha spiegato questo fenomeno nel seguente modo.

Le persone, che hanno fatto attenzione alla tendenza ben manifesta, che hanno i malati ad essere attaccati da questa malattia nel tempo e dopo l'uso del mercurio, devono riguardare come un paradosso l'idea, che si è formata intorno l'azione del mercurio, il quale ora produce gli effetti di un veleno, ed ora quelli d'un'antidoto; ma questa apparente contradizione sparisce, se si riflette alla posizione

(1) Il dottor Beer di Vienna, ha descritto nella sua opera, intitolata: *Trattato delle malattie degli occhj*, e pubblicata nel 1813., come affezioni distinte l'infiammazione dell'occhio, prodotta dal virus venereo, e l'infiammazione di quest'organo, cagionata dal virus artritico. Questo medico osserva che la prima di queste infiammazioni non guarisce se non dopo avere vittoriosamente combattuto il virus sifilitico, e che la seconda non cede, che allorquando si è trionfato della gotta.

diametralmente opposta, in cui si trovano e il sistema generale delle forze, e la parte malata, tanto nello stato sano, che in quello di malattia. Io non vedo punto difficile di concepire come l'iride, che è nel suo stato naturale, possa infiammarsi, e come i suoi vasi possano dar luogo all'escrezione della linfa; e che da un'altro lato, i vasi dell'iride infiammati riprendano il loro naturale stato, e che la linfa sia riassorbita sotto l'influenza dello stesso agente. Esiste fra una parte sana, ed una parte malata la stessa differenza di quella, che passa fra due stati opposti, che presentano degli organi malati; e pure noi vediamo operarsi nel tempo stesso lo stravaso, e l'assorbimento nelle differenti parti del medesimo sistema. Se noi ci facciamo a considerare, nello stato di salute, le loro respettive relazioni, osserviamo dei fenomeni differenti, se queste parti sono situate in una diversa posizione. Senza parlare dei depositi, prodotti dalle malattie, non vediamo noi delle parti perfettamente sane essere distrutte per l'effetto dell'assorzione, e dell'ulceri profonde coprirsi di granulazioni? Chi è quel medico, che non abbia visto un'ulcera cicatrizzarsi, e gangrenarsene un'altra sul pene, o sulle grandi labbra della stessa persona? Gli effetti prodotti dalle applicazioni locali presentano questo fatto sotto un punto di vista ben rimarchevole. Iniettiamo una pozione, preparata con un caustico, in un'ulcera trasparente, situata sulla cornea; la linfa sparisce, e l'ulcera guarisce. Iniettiamo la stessa preparazione in un'ulcera, resa opaca dal deposito di una materia linfatica; la linfa è assorbita, e la cornea diviene trasparente. Frattanto noi diamo luogo a degli effetti totalmente differenti da quelli, che abbiamo ottenuti in ciascuno di questi casi, se non impieghiamo questo rimedio, allorchè è indicato; e allora l'ulcera farà dei progressi, e la densità della cornea aumenterà ancora.

Si potrebbe dare a questo fenomeno un'altra spiegazione, forse più positiva, mentre non è permesso render ragione perchè lo stesso rimedio agisce in due differenti maniere. Questa spiegazione è fondata su i cambiamenti, che si operano negli organi, allorchè si ristabilisce la salute; e in fondo questi cambiamenti non sono così opposti, e così differenti, come possono esserlo gli organi. I vasi assorbenti, per esempio, sono messi in moto affine di porre a livello delle altre parti i bordi compatti, e callosi dell'ulcere, e cooperano così alla guarigione di queste ulceri. Questo fenomeno risulta chiaramente (e non si può ricusare di ammettere questo fatto) dall'azione del mercurio, ed è analogo all'assorzione che si opera nei depositi semplici, che non hanno alterato il tessuto delle parti.

Le granulazioni, che s'inalzano dal fondo dell'ulcera, sono un mezzo secondario per operarne la guarigione, la quale ha luogo mediante un salutare cambiamento, che si opera nell'interno del corpo; così l'azione, che presiede alla formazione della cicatrice, ha luogo nell'interno della costituzione, e dev'essere riguardata come una consegnenza *remota*, e non diretta dello stimolo del mercurio.

Io non credo per altro, che l'azione del mercurio non si eserciti, che sopra un sol ordine di vasi.

Le due seguenti osservazioni sono nel numero dei fatti i più rimarcabili, che mi fanno credere, che la malattia, proveniente dall'azione del mercurio, è guarita in seguito per l'effetto di questo medicamento.

Osservazione.

Il sig. . . . . avvocato, consultò un'abile chirurgo il 20. maggio 1815., a causa di una gonfiezza, che gli era nata all'inguine. Questo chirurgo gli ordinò di fare delle frizioni sulla parte affetta con un linimento, e l'assicurò che quella gonfiezza non era venerea.

30 — Escoriazione sul principio di una natura sospetta; il malato subì una cura mercuriale, che egli continuò per cinque settimane. L'escoriazione guarì in due giorni.

Giugno 19. Il bubbone essendo suppurato si aprì, e guarì in brevissimo tempo; il malato cominciò a prendere la china-china.

Agosto 21. La gola divenne dolente, e si dichiarò una leggiera eruzione sulla pelle. Il malato prese nuovamente il mercurio, e dei bagni generali. L'eruzione si dissipò in pochi giorni; nacquero allora dei vivi dolori nelle gambe, e cadde in uno stato di debolezza universale.

Settembre 28. La gola era sempre esulcerata, ma questo stato non fu riguardato come venereo. Fu amministrato al malato la salsapariglia unita al carbonato di soda.

Ottobre 7. Consulto. Il chirurgo chiamato a consulto, era un pratico, che godeva di una gran reputazione. Egli credè che questa morbosa affezione non fusse venerea, e consigliò la continuazione della salsapariglia, e della soda, ed i gargarismi di una mescolanza di miele rosato, e di una preparazione fatta coll'alume, e la tintura di mirra.

10. — Prescrizione della polvere d'ipecacuana composta; applicazione sulla parte anteriore del collo di un cataplasma di midolla di pane, e latte.

14. — Aumento giornaliero dell'ulcera della gola. Il malato è sottoposto per la terza volta alla cura mercuriale, sotto la direzione del chirurgo, che aveva consultato la prima volta, e si gargarizza con una soluzione di sublimato. Questa cura è continuata per sei settimane.

Novembre 10. Il malato comincia a prendere la decozione di salsapariglia, unita a delle piccole dosi di emetico.

Dicembre 11. Infiammazione degli occhj; collirio fatto con sublimato corrosivo, e acqua di calce.

27. Consulto con un'abile medico. Decotto di china coll'estratto di aconito, e le pillole di mercurio dolce.

Gennajo 3. 1816. La vista comincia a ristabilirsi nell'occhio destro; cecità nel sinistro; la sera si versa su quest'occhio due goccie di vino oppiato. Applicazione delle mignatte alle tempie; vessicanti dietro l'orecchie.

21. — La dose dell'estratto d'aconito è aumentata poco a poco. Si cessa la china; il polso s'inalza fino a dare cento trenta battute al minuto; tosse di cattiva natura; espettorazione continua.

Febbrajo. È impiegato l'acido muriatico con qualche vantaggio.

L' occhio sinistro continua a rimanere nello stesso stato. Applicazione delle mignatte alle palpebre. Sospensione dei rimedj interni.

Io fui consultato a quest' epoca. La gola era rossa, e il velo pendulo palatino era ricoperto di una sottil crosta, o di una specie di cotenna linfatica, che rendeva scabra la superficie di questa parte. Il malato mi mostrò la gola con molta difficoltà, perchè l' impressione dell' aria vi risvegliava una viva irritazione Esso poteva appena ingollare; l' occhio sinistro era disorganizzato, la camera anteriore era obliterata, a causa dell' aderenza dell' iride, e della cornea. L'occhio destro era attaccato da un' interna infiammazione molto avanzata, e la quale minacciava di disorganizzarlo. L' iride era coperta di una materia linfatica, la pupilla non eseguiva alcun movimento, il colore dei vasi della congiuntiva era purpureo. La vista di quest' occhio era molto indebolita Il malato era debolissimo e molto irritabile; il polso era frequente, e la traspirazione abbondantissima.

8. — Consigliai di ricorrere subito al mercurio, ma questo rimedio fu rigettato dal medico e dal chirurgo, che curavano questo avvocato, e i quali credevano che i dolori, che egli soffriva fossero cagionati dall' uso di questo rimedio. Io persistei nella mia proposizione, e si convenne di aspettare per qualche giorno ancora. Fu intanto prescritto l'uso dell' acido muriatico, e delle fomente con un decotto di papaveri.

13. — La malattia dell'occhio destro fa dei notabili progressi: il malato è quasi cieco: è adottato il piano di cura, che aveva proposto. R. Mercurio con creta, gr. V. mercurio dolce, mezzo grano; mescolate e fate una pillola. Il malato ne prenderà due il giorno. Nuova applicazione delle mignatte. Applicazione d' un setone alla nuca; questo emuntorio fu accuratamente mantenuto.

20. — La bocca diviene leggermente dolente in meno d' una settimana; l' infiammazione diminuisce poco a poco; la vista si ristabilisce.

28. — L' occhio essendo in buono stato, fu cessato l' uso del mercurio. Ordinammo l' estratto e il decotto di salsapariglia.

30. *Marzo*. Gola in buono stato: generale ristabilimento della salute; l' appetito rinasce ogni giorno più. Il malato ingrassa.

Agosto 1817. Ho visto di corto questo avvocato, e non ha sofferto alcuna recidiva. Le funzioni dell' occhio destro si sono perfettamente ristabilite, ed egli gode una buona salute.

Osservazione.

S. C. di 24. anni, giovine donna, d' un aspetto decente, nata da genitori rispettabili, sentì un vivo dolore alla fronte e alla tempia sinistra, e dei dolori nelle polpe delle gambe, accompagnati da crampi. La sua salute andava alterandosi, ed ella attribuiva questo stato ad un reuma, che non era stato ben medicato. Dopo avere impiegato, ma inutilmente, differenti rimedj per combattere questa malattia, fu obbligata di abbandonare il suo impiego, e di entrare nel mese di dicembre, allo spedale. Prese delle pillole mercuriali, e le furono applicate due volte la

settimana le mignatte alle tempie. Le sue gengive cominciarono a rammollirsi; essa si lamentava del sapore, che avevano le pillole, ma siccome non comparve la salivazione, ella continuò a prenderne tre il giorno senza interruzione. Al suo ingresso nello spedale, l'occhio destro era leggermente infiammato, ma questa infiammazione si dissipò prontamente. Due mesi dopo entrata nello spedale, essa si espose all' impressione d'un freddo, intenso dormendo sotto una finestra aperta e in conseguenza di questa imprudenza si manifestò l' infiammazione nell' occhio destro. Questa infiammazione era superficiale, e si dissipò mediante la sola applicazione delle mignatte alle tempie. Questa donna uscì dallo spedale; provò un sensibile miglioramento nei suoi dolori, ma non era guarita.

Sei settimane dopo uscita dallo spedale, questa malata si espose nuovamente all' azione d' un' aria fredda, ciò che diede luogo a un ingorgo delle tonsille e delle glandule situate sotto la lingua, e ad una nuova infiammazione nell' occhio destro. Si manifestò pure un ingorgo sulla tibia della gamba destra, un poco al di sotto della cresta di quest' osso, la quale era dolente; ma la pelle, che inviluppava questa eminenza non aveva cambiato di colore.

Quindici giorni dopo la comparsa di questa infiammazione, questa donna mi mandò a chiamare a cagione di una flemmasia molto avanzata delle interne membrane dell' occhio. La pupilla era contratta e irregolare; una materia linfatica bruna copriva la metà del diametro dell' iride dal lato della tempia Questa linfa occupava il terzo della camera, ove si trova l' umore acqueo. La cornea e i diversi umori dell'occhio erano di un colore scuro. La porzione della congiuntiva, che involge la sclerotica, aveva un colore plumbeo; il globo del l'occhio pareva che avesse perduto la sua forma sferoidale, e l' umore vitreo sembrava essere stato in parte assorbito. La malata soffriva una violenta emicrania da questo lato, le sue forze l' indebolivano notabilmente, e appena ci vedeva dall' occhio malato. La feci entrare nello spedale, e dopo averle estratto una buona quantità di sangue dalle tempie, per mezzo delle coppette, e delle mignatte, le prescrissi delle pillole, composte di calomelanos e d' oppio. Questo rimedio produsse un' irritazione sugli intestini della malata, alla quale prescrissi l'estratto di giusquiamo, che prendeva mattina, e sera. La bocca divenne tosto leggermente dolente, l' infiammazione si dissipò poco a poco, la linfa fu prontamente assorbita, e la vista migliorò assai mediante l' uso della belladonna. La gonfiezza della tibia fece dei considerabili progressi, e divenne dolorosissima; e siccome era terminata per suppurazione, feci l' apertura di questo ascesso, operazione, che cagionò un' insulto isterico.

Ottobre 1. L' occhio e la vista sono in un buonissimo stato, e l' uso della belladonna ha fatto dilatare la pupilla. La salute della malata è migliorata, ma la sua gamba è affetta da una estesa infiammazione erisipelacea, accompagnata da considerabile gonfiezza e tensione, e tutto indicava l' esistenza d' una materia purulenta sotto il periostio, ma la pusillanimità della malata m' impedì di procurarle un' esito. Questa giovine m' assicurò in modo da non sospettare che lo facesse

per impormene, che essa non aveva mai avuto commercio con uomini, e parve anche molto offesa del mio sospetto.

Seconda edizione. — *Marzo* 1818. — La salute di questa donna non si è giammai ristabilita dopo l'ultimo rapporto, che è stato fatto intorno i sintomi della sua affezione morbosa. La sua principale malattia consisteva in un'affezione cronica, e inflammatoria del fegato, accompagnata da un'alterazione nelle funzioni degl' intestini. L'infiammazione del periostio ha dato luogo a un ulcera incurabile, d'una natura deleteria, sovente molto dolente, e sotto la dipendenza degli organi digerenti; l'occhio ha continuato ad esser sano.

Noi non potremmo spiegare questi fatti, e altre analoghe osservazioni ancora, se non ammettiamo che il mercurio, il quale ha finito per produrre dei salutari effetti, è stato nocivo nel principio di questa malattia. Si può dire con molta ragione di questo medicamento, *nisi paret*, *imperat*. Vediamo giornalmente degli esempi dei suoi nocivi effetti, e sogliamo attribuirli alla quantità del mercurio, che abbiamo usata, alla forma, sotto la quale l'abbiamo amministrato, ed alle precauzioni, che abbiamo trascurato di prendere, senza riflettere ogni volta e alla struttura della parte infiammata, al carattere dell' infiammazione, ed allo stato in cui si trova interiormente la costituzione.

Il mercurio agisce egli stimolando i vasi assorbenti, o modifica l'azione del virus sifilitico? Dà egli luogo a una infiammazione simile a quella, che produce la febbre? Esiste egli una infiammazione particolare, cagionata da una cachessia mercuriale? giacchè non si può fare a meno di convenire che la malattia non cede all' uso di questo rimedio. Il mercurio è efficace, e bene indicato nei casi, nei quali non si può sospettare l' esistenza nè di una affezione venerea, nè d'un affezione mercuriale, e, per esempio, in quelli, nei quali l' infiammazione dell'iride si è evidentemente dichiarata in seguito d'un oftalmia superficiale, di cui non sono stati arrestati i progressi: circostanza, che si presenta frequentemente negli individui, nei quali l'affezione è inerente principalmente all' iride, essendo l'infiammazione esterna secondaria, e sintomatica Si deve tirare dai fatti, che ho narrati uno, o due corollarj troppo importanti, da meritare di esser presi in considerazione.

1.° L'idea, che possiamo concepire dell' azione, che produce il mercurio (nell' infiammazione dell' iride) sopra una parte, che finisce per essere attaccata da un infiammazione adesiva, non dev' essere limitata a questa sola parte: si può estendere, ed applicarla ad altri organi, i tessuti dei quali sono presso a poco simili. Questo fatto ci dimostra in un modo molto evidente l'azione del mercurio su i vasi capillari, mediante i quali si operano negli organi l' affezioni morbose. L'effetto di questo medicamento sulle membrane in generale, e specialmente sulla pelle, è una nuova prova di questo fatto. La sua azione sulle parti soggette all' infiammazione adesiva, tali come le membrane sierose, è più rimarcabile che su quelle, che tendono alla suppurazione, come le membrane mucose. Ma in quanto alla gonorrea, il sublimato è ancora generalmente usato, e sovente con successo, nelle armate, e sul continente.

Il mercurio, impiegato esternamente, risveglia l'azione dei più piccoli vasi capillari, e produce così un effetto stimolante sulle ulceri atoniche, che non fanno dei progressi verso la guarigione, ravviva la loro superficie, dà luogo ad una lodevole secrezione, e a delle granulazioni di buona natura.

Allorchè viene applicato sopra un tumore duro, o molle, ne accelera la guarigione, stimolando gli assorbenti delle parti adjacenti. L'azione delle arterie è messa in tal modo in movimento, ciò che dà luogo a una simile attività nei vasi assorbenti; e si sa bene che a misura, che gli essianti si disempiono, aumenta l'attività degli assorbenti. Si vedono, per l'ordinario ingrassare i malati, dopo una cura mercuriale.

La proprietà d'agire in un modo del tutto particolare sul sistema capillare, è inerente al mercurio, che esercita i suoi effetti con uguale efficacia sull'insieme della costituzione, che sulla parte affetta. Questo medicamento accelera i moti del cuore e delle arterie; eccita, ma finisce poi per indebolire le persone, che non sopportano bene la sua azione.

Allorchè il mercurio è penetrato nell'interno del corpo, l'irritabilità febrile, che occasiona in principio, diminuisce poco, a poco, e la calma succede a questa generale irritazione, che è ben manifesta, poichè tutte le secrezioni sono aumentate, e principalmente quelle della pelle e degli organi biliari.

Il mercurio aumenta l'azione dei vasi assorbenti, e allorchè agisce salutarmente, gli organi digerenti si ristabiliscono, il malato prova un sentimento di ben essere, e si sente come alleggerito d'un grave peso.

Senza continuare le nostre ricerche, e senza esaminare se il mercurio cagiona l'infiammazione, o predispone a questo stato, di cui opera evidentemente la guarigione, ci basta il vedere che agisce colla stessa efficacia in tutti i casi, e che dissipa tutte l'infiammazioni dell'iride, qualunque sia la loro origine, onde essere indotti a credere che l'opinione concepita sulla sua virtù specifica, come un rimedio anti-sifilitico, non è fondata. Questo medicamento arresta l'infiammazione, prodotta dall'assorzione, e dalla secrezione del virus sifilitico, come pure egli dissipa quella, che nasce da altre cause, ed in questi due casi bisogna far dipendere i suoi effetti dallo stimolo, che egli produce su i vasi capillari, nel penetrare nel sangue. Il cattivo odore del fiato del malato, che subisce la cura mercuriale, e lo scoloramento dell'argento, che egli porta sopra di se, provano che il mercurio penetra fino nei minimi vasi, e mi fanno credere che i suoi buoni effetti dipendano essenzialmente dai cambiamenti, che esso produce sull'azione dei vasi capillari.

Il seguente scritto mi è stato comunicato a mia richiesta, dal mio stimabile amico il dott. Farre; e siccome conosco quale stima, ben dovuta, si ha per le di lui opinioni, son molto contento di poter pubblicare questo scritto.

Mio caro Travers.

Io provo un grandissimo piacere nel trattare lo stesso soggetto, di cui si occupa un collega, a cui professo una particolare stima.

Noi dobbiamo principalmente a Giovanni Hunter il servizio di avere richiamato la nostra attenzione sull' attività dei vasi capillari, mentre questa cognizione è essenziale per la medicina, e per la chirurgia. Avere presente alla mente lo stato dei vasi capillari in una flemmasia d'un organo, è l' istesso che conoscere la malattia; essere in grado di alterare o di modificare questa azione, è lo stesso che operare la guarigione della malattia. Nel tempo, che quella classe di rimedi, designati col nome di antiflogistici (dal salasso generale fino agli altri rimedi antiflogistici) agiscono principalmente diminuendo la forza del cuore e delle arterie, il mercurio opera dei salutari effetti, reintegrando nel loro stato naturale le funzioni degli organi digerenti, e le secrezioni del canale alimentare, e dissipa, come per incanto, lo sconcerto delle funzioni degli organi, che simpatizzano colle prime vie. Questa azione è talmente in rapporto colle proprietà vitali, che questo rimedio non dà luogo ad alcun inconveniente, allorchè è amministrato per adempiere a questa indicazione. Ma la cosa è ben differente, quando il mercurio è necessario per arrestare i progressi di una malattia organica. Questo rimedio produce allora una quantità di morbose affezioni. Tralasciando di occuparmi di cose, che sono ben note, permettetemi che io richiami piuttosto la vostra attenzione sullo stato dei vasi capillari, allorchè sono stimolati dall' azione del mercurio. Questo rimedio cagiona allora un' eritema, e fa nascere uno stato, che tende essenzialmente a indebolire la coesione delle parti; ma l' infiammazione è talmente opposta a questo stato, che questi due fenomeni non possono essere prodotti dall' effetto del mercurio. Allorchè mi abbandonai allo studio dell' anatomia patologica, fissai la mia attenzione sull' infiammazione adesiva, perchè essa mi presentò i fenomeni, che si operano ordinariamente nella disorganizzazione dei visceri.

Io non starò qui a entrare nei dettagli delle ricerche, che ho fatte su questa parte così importante dell' arte, e non starò neppure a provare che avevo diretta la mia attenzione sull' esulcerazioni patologiche dei principali organi del corpo, prima d' occuparmi in particolar modo dei cambiamenti, che si operano nell' iride. Mi basti il dire che delle ripetute osservazioni sull' infiammazione adesiva dei differenti tessuti, che è stata guarita col mercurio, mi hanno fatto riguardare come *legge generale* la proprietà, che ha questo rimedio, di modificare quell' azione dell' arterie, che produce lo stravaso della linfa, e di rimediare per conseguenza a tutti i cambiamenti, che sono cagionati da questo stravaso. Sicuramente vi sono dell' eccezioni a questa legge generale La classe dei tumori forma disgraziatamente una quantità d' eccezioni a questa legge, e le scrofole, che indeboliscono le forze vitali, formano parimente altre considerabili eccezioni; ad altre finalmente ne presentano l' estensione e la durata dell' infiammazione adesiva; giacchè qualunque speranza, che

fondar si possa sull'efficacia dell'uso del rimedio anche il più energico, riposa, o deve riposare su d'una organizzazione assai perfetta delle parti, affinchè questo rimedio possa operare in esse dei salutari cambiamenti. L'organizzazione delle parti è alterata dai progressi dell'infiammazione, ciò, che impedisce al mercurio di produrre dei buoni effetti lo penso che questa sia anche la ragione, per cui il mercurio fu ben lungi dal giovare nell'osservazione riportata da Saunders, e di cui egli ha fatto delineare i fenomeni in una tavola, annessa al suo *trattato delle malattie degli occhi*. La seguente osservazione è analoga a quella di Saunders, e prova la poca efficacia del mercurio in certe circostanze, quantunque non indichi la causa di cotal poco successo.

= Nel mese di settembre 1816., una donna di 25. anni, di una delicata costituzione, fu attaccata da una pleurisia dolorosissima e ostinatissima Questa malattia non cedè che ai replicati salassi generali, e locali, e alla frequente applicazione dei vessicanti; ma la respirazione non si ristabilì perfettamente nel suo stato naturale che nel mese di gennajo 1817. epoca, in cui il pericranio della parte destra divenne dolentissimo. Differenti soccorsi furono posti in opra, tanto internamente, che esternamente, onde combattere questo dolore, ma non produssero un salutare permanente effetto che nel mese di maggio, in cui la malata cominciò a prendere regolarmente ed a piccole dosi il mercurio, che fin' allora aveva ricusato. Circa la metà del mese, prima che le pillole mercuriali avessero prodotto la menoma irritazione, la malata risentì dei dolori nella tibia sinistra; un nodo si manifestò sotto il capo dell'osso, le tonsille si esulcerarono profondamente ed estesamente; la faccia, il corpo e l'estremità si coprirono, per una gran parte della loro estensione, d'una eruzione di un colore di rame. Interrogai allora il marito di questa malata, e mi confessò che egli aveva avuto una malattia venerea, la quale si era comunicata alla sua moglie nel mese di luglio 1816.; che questa sua malattia era stata riguardata come una semplice gonorrea; ma che ciò non ostante il suo chirurgo l'aveva sottoposto per due mesi a una cura mercuriale, durante la quale la sua bocca era divenuta dolente; che egli non aveva mai più sofferto alcun sintomo venereo, e che la sua moglie aveva parimente fatto una cura mercuriale, ma così leggiera, che non aveva neppure provocata la salivazione. Dopo che fui istruito di tutte queste particolarità, feci fare ogni giorno un'unzione alla malata, composta di una dramma di unguento mercuriato doppio, ed in quattro giorni cominciò una salivazione così abbondante, e le funzioni del cuore furono talmente sconcertate, che fui obbligato di sospendere il mercurio. L'ulceri delle tonsille guarirono, l'eruzione diminuì, e quindi finì per dissiparsi intieramente, il nodo della tibia fu distrutto per l'effetto dell'assorzione, e i dolori di capo divennero meno forti. A misura, che l'azione del mercurio diminuiva, la pupilla dell'occhio destro si dilatava, e la vista s'indeboliva assai. Si applicò delle mignatte alle palpebre, e fu attaccato un vessicante alla tempia destra. L'irritazione della bocca e della gola si dissiparono sollecitamente, l'occhio destro s'infiammò prontamente, e si organizzò

una materia linfatica sull'iride. Nel tempo, che io aspettava che la malata fusse nuovamente in stato di sopportare il mercurio, l'infiammazione dell'iride fece dei progressi, e l'occhio fu attaccato da una amaurosi, di cui non si potè impedire la formazione. Siccome era indubitabile che sarebbe accaduta la disorganizzazione dell'occhio, se non ricorrevo al mercurio, tornai nuovamente ad usarlo. La malata cominciò la sua seconda cura mercuriale ai primi di giugno, facendo ogni giorno un'unzione con una dramma d'unguento mercuriato doppio. La sua bocca divenne leggermente dolente in capo a 17. giorni, epoca, in cui la malata soffrì una violenta ed ostinata colica, cagionatale dal mercurio, e la quale fu accompagnata da uno stato di tenesmo e da un'irritazione uterina; risentì ancora una palpitazione di cuore così forte, e le pulsazioni delle arterie erano così deboli, e talmente grande la sua emaciazione, che fui di nuovo costretto a sospendere l'uso dei soli mezzi, che mi restavano per conservarle l'occhio, sperando che la sensibilità di quest'organo si sarebbe ristabilita nel suo naturale stato, giacchè l'infiammazione dell'iride si era quasi dissipata, e la sensibilità della retina sembrava volersi ristabilire; ma dopo quindici giorni, allorchè l'azione prodotta dal mercurio non esercitò più alcuna influenza, l'infiammazione delle interne membrane dell'occhio si dichiarò di bel nuovo con una grande intensità, e fu accompagnata dai più forti dolori. La disorganizzazione era progressiva, le camere anteriore e posteriore dell'occhio, erano ripiene di linfa, e la retina aveva perduto tutta la sua sensibilità. In capo di una settimana la disorganizzazione dell'occhio fu completa. Atteso lo stato, in cui si trovava la sclerotica, la distinta prominenza, che si osservava in una parte di questa membrana, e la quantità di linfa contenuta nella camera anteriore, mi parve (raramente io ho osservato questa combinazione) che l'infiammazione dell'iride era terminata per suppurazione. I patimenti della malata erano così vivi, che il sig. Lawrence, che fu chiamato a consulto, fece, col mio consenso, un'incisione nella camera posteriore. Questa incisione non diede luogo a niuno scolo di pus, ciò, che fu per noi una prova che l'infiammazione dell'iride si era terminata per un'infiammazione adesiva.

= Questa osservazione è analoga, sotto questo rapporto, a quella, i di cui segni caratteristici sono tracciati nella tavola 3.ª dell'opera citata di sopra, tavola, in cui si è mostrata la disorganizzazione dell'occhio, prodotta dall'infiammazione venerea dell'iride. In questo caso, l'irritazione dell'occhio si dissipò; ma nella nostra malata i suoi spasimi furono aggravati dall'operazione. L'infiammazione delle membrane interne continuò, senza diminuzione, per lo spazio di due mesi, nonostante l'uso d'un gran numero di palliativi. L'oppio, che calma i dolori di coloro, che sono afflitti da malattie incurabili, non produsse più alcun benefico effetto dopo un certo tempo. La causa, che manteneva questa malattia si dissipò poco a poco, e i dolori dell'occhio si calmarono intieramente.

= Questa infiammazione dell'iride non ci mostra ella un'esempio

di una semplice infiammazione adesiva? Io sono inclinato a quest'opinione, giacchè se la malattia fusse stata abbandonata alla natura, essa sarebbe terminata così.

= Questa malattia è stata ella cagionata dall'azione del mercurio, può ella essere considerata come un eritema, o come una infiammazione adesiva delle parti malate? Se il mercurio n'è stata la causa (ed io sono di questo parere), bisogna convenire che non si possono trovare due azioni più opposte.

= L'ulceri gangrenose sono elleno guarite, o aggravate dall'azione del mercurio nei casi, in cui lo sviluppo d'una infiammazione adesiva e flemmouosa è utile per conservare la parte? Riporterò un'esempio o due, per dilucidare questo punto di dottrina. M. B. prendeva il mercurio a causa di un'ulcera, situata sul glande; gli sopraggiunse, durante questa medicatura, un'infiammazione eritematosa attorno dell'ulcera, e che terminò per gangrena. Le parti contigue al glande si gangrenarono l'une dopo l'altre. Dopo la sopravvenienza di questa terribile infiammazione, fu sospeso l'uso del mercurio, ed il malato prese, ogni giorno, due once di china-china di prima qualità in polvere. Cominciarono a comparire delle granulazioni, prima che tutto il glande si fusse sfacelato. Voi sapete che il mercurio non potrebbe mai, in una simil circostanza, dar luogo a uno stravaso di una materia linfatica, e produrre l'organizzazione di questa linfa. Mi fu condotto una bambina, che aveva perduto un'occhio, per causa della gangrena, e l'altro era infiammato, ma non offriva nulla di ben rimarcabile nell'esterno, all'eccezione di una piccola macchia opaca giallastra, situata sulla cornea. Prescrissi una leggiera cura antiflogistica; ma prima di andarsene, la madre m'informò che questa bambina era talvolta attaccata da ulceri nelle vicinanze delle grandi labbra e delle natiche. Nell'esaminare queste parti, vi scoprii parecchie piccole ulceri, che erano tutte gangrenate. Queste ulceri mi servirono di bussola per riconoscere lo stato del sistema capillare. Ordinai l'estratto di china in gran dose, ed in capo a 48. ore, divenne netta la superficie di ciascun'ulcera, l'oftalmia diminuì, e l'occhio fu salvato. Ho io bisogno di domandarvi qual'effetto ha prodotto il mercurio in questa circostanza?

= Io ho sempre riguardato il mercurio, come uno dei più efficaci mezzi per arrestare la disorganizzazione, proveniente da una infiammazione adesiva, sia che questa infiammazione attacchi l'iride, o qualunque altra parte del corpo Nella malattia del fegato, caratterizzata da una infiammazione adesiva, è stato per lungo tempo amministrato il mercurio, e non vi è che un piccol numero di pratici, che tema di prescriverlo sul principio di questa malattia, ed io sono di parere, che sovente non si è potuta prevenire la formazione della suppurazione, a causa di questo ritardo. È stato usato recentemente il mercurio nell'infiammazione della trachea-arteria. Io l'ho impiegato con gran vantaggio nel 1805., in un malato, caduto nell'ultimo grado del marasmo, a causa di nodi, nati sull'ossa larghe: da quest'epoca in poi, ho combattuto collo stesso successo l'infiammazione adesiva nel

pericranio; queste morbose affezioni non erano, e ciò è degno di rimarco, sifilitiche, non avevano alcuna specie di somiglianza colla sifilide. Anche prima di quell'epoca aveva usato il mercurio, ma di poi me ne sono servito con molto vantaggio nelle congestioni arteriose, ed anche nei cambiamenti organici del cervello. Nel 1809. l'ho amministrato con successo in una cartitide, prodotta da un reumatismo acuto, e di poi in una cartitide cronica.

= Crediatemi, mio caro Travers,
vostro affezionato amico.
= G. R. Farre.

Charter-house square. Novembre 8. 1817.

L'azione prodotta dal mercurio si limita ella a quello stato, designato col nome d'eritema, e non dà giammai luogo ad una infiammazione adesiva? Ecco una questione, che non azzardo di decidere. Quantunque alcuni casi che ho osservati sembrino essere contrarj a questa ipotesi, e quantunque prenda in considerazione l'osservazione riportata dal dott. Farre, non posso rinunziare all'opinione, che ho concepita relativamente all' infiammazione dell' iride, e persisto a credere che questa infiammazione è sovente cagionata dal mercurio. Mi sembra che il primo occhio fusse attaccato da una flemmasia, che si manifestò in seguito d'una eccessiva salivazione, che dissipò completamente tutti i sintomi sifilitici. In questo caso la linfa si portò sull'iride, e finì per organizzarsi.

Terza edizione 1. luglio 1818.

La seguente osservazione, da cui si rileva chiaramente che lo stravaso della linfa può succedere nel tempo, che il mercurio esercita la sua azione sull'interno della costituzione, non è il solo esempio di questa specie, che io abbia osservato, dopo la pubblicazione di questa memoria.

Sofia Smith, d'un delicato temperamento, entrò nello Spedale il 22. Gennajo 1818. a causa d'un ulcera infiammata al malleolo esterno della gamba destra.

28. — Ci accorsemo d'una estesa eruzione, color di rame, la quale esisteva da qualche mese, secondo quello, che ci disse la malata. Essa c'informò ancora che aveva fatto una cura mercuriale nel precedente mese d'agosto, a cagione di sintomi venerei, che erano stati riguardati come consecutivi. Questi sintomi consistevano in un male di gola, e dolori vaghi, e dopo che il mercurio ebbe fatto sparire questi sintomi, si manifestò l'eruzione.

12. *Marzo.* — Continuando tuttora l'eruzione, fu ordinato alla malata di prendere una pillola, composta di cinque grani di calomelanos, e un boccale di decotto di salsapariglia.

23. *Marzo* Si manifestò una leggiera infiammazione nella congiuntiva dell'occhio destro, e nello spazio di due giorni, i vasi avevano for-

mato una zona intorno la cornea. Sparizione dell'eruzione. Salasso dal braccio di dieci once; amministrazione d'un catartico.

30. *Marzo*. La malata si lamenta di un dolore, che si estende dalla tempia fino all'occipite. Pupilla dilatata e irregolare, umori degli occhi torbidi, visione imperfetta. Applicazione di sei mignatte alle tempie, e repetizione della pozione catartica.

1. *Aprile* — Dolore dell'occhio aumentato; la vista diminuisce sempre più, e si osserva nella parte superiore dell'iride, un gran numero di vasi rossi, che si estendono dal bordo ciliare fino alla pupilla. Non vi si scorge alcuno stravaso.

Due grani di calomelanos con un mezzo grano d'oppio.

4. *Aprile*. — Il dolore è sempre vivo; la malata non può soffrire l'impressione della luce, e cresce l'iniezione dei vasi.

Salasso di sedici once. Pillole composte di due grani di calomelanos, e d'un quarto di grano d'oppio. La malata ne prenderà tre il giorno.

6. *Aprile* — Gengive leggiermente affette: lo stato dell'occhio sembra divenir migliore.

8. *Aprile* — Bocca dolentissima; ma i vasi della congiuntiva sono sempre gonfi. Applicazione di quattro mignatte. Due pillole il giorno.

9. *Aprile* — I vasi appariscono ancora molto più iniettati. Si osserva un poco di linfa nel bordo superiore dell iride.

Le glandule summassillari sono molto tumefatte; la bocca è dolentissima a cagione del considerabile ptialismo.

11. — Stravaso considerabile di linfa, che sembra vascolare. Si osserva una piccola quantità di linfa nel fondo della camera anteriore. Continuazione delle pillole: Si applicano nuove mignatte

15. — Assorzione lenta della linfa. La salivazione è abbondante.

22. — Completo assorbimento della linfa: la pupilla è leggiermente irregolare, l'iride non compie le sue funzioni con attività, e la visione è imperfetta. Si cessano poco a poco le pillole.

Dopo la pubblicazione di queste osservazioni, ho medicato una signora avanzata in età, attaccata da un'infiammazione dell'iride dell'occhio destro, da eruzioni alla pelle, e da dolori reumatici, che hanno prontamente ceduto a una leggierissima salivazione.

Tre settimane dopo la guarigione dell'infiammazione dell'iride, questa signora fu sorpresa da un'infiammazione nell'occhio sinistro, simile a quella, che aveva già sofferta; e quantunque fusse attaccata da una leggiera affezione paralitica nel destro lato, persistei nel metodo di cura, che aveva usato, diminuendo solamente la metà della dose del mercurio, ed amministrando nel tempo stesso un leggiero attuonante. L'infiammazione cedè così prontamente, come la prima volta a questa cura.

L'ulceri gangrenose sono elle guarite, o aggravate dall'azione del mercurio? Ecco una questione, a cui non è difficile di rispondere, ma che non è collegata col soggetto, di cui si tratta. Si deve convenire che l'ulceri si coprono di granulazioni, le quali sono anche abbondantissime nel corso della cura mercuriale. Ho veduta un'ulcera depascente alla verga, i di cui progressi sono stati arrestati dall'azione del mercurio,

mentre la china-china non aveva potuto opporcisi; ma credo che l'oppio sia il miglior mezzo per combattere una gangrena, che si sviluppa lentamente.

In alcuni casi ho osservato che una piccola quantità di mercurio produceva l'eritema cutaneo; ma non ho mai visto che l'infiammazione dell' iride complicasse questa malattia, allorchè, l'infiammazione si dichiara in seguito dell' amministrazione di una maggior quantità, o dell' uso più prolungato di questo metallo. Questo è uno stato, che raramente si presenta, e che è prodotto dall' oppio, dall' arsenico, e da altre sostanze ancora, ugualmente che dal mercurio.

Sono convinto che i fatti, che ho riportati in questa memoria, devono dar luogo a dei corollarj differenti. Secondo alcuni autori si deve riguardare l' infiammazione dell' iride, che si dichiara in seguito di una cura mercuriale, come un' affezione accidentale, che non dipende essenzialmente dall' amministrazione di questo medicamento. Secondo altri, i malati non sembrano affetti da virus sifilitico, ed in questo caso, il mercurio è stato amministrato senza che il malato ne abbia risentito alcun buon' effetto. Questo soggetto è molto oscuro, e il vivo desiderio di promuovere, intorno questo punto di dottrina le ricerche dei medici, è il miglior motivo, che possa addurre presso i miei confratelli, per giustificarmi di avere pubblicato su questa questione una memoria così incompleta.

Il paragrafo qui aggiunto, prova che anche i più celebri autori del continente non conoscono, che imperfettamente i vantaggi, che si possono ritrarre dall' amministrazione dell' mercurio nell' infiammazione dell' iride.

= Se il chirurgo ha medicato l'oftalmìa secondo le diverse indicazioni da noi accennate, se questa infiammazione non cede, e se i diversi rimedj impiegati non producono alcun buon' effetto, egli è allora scusabile se ricorre a dei mezzi *empirici*. L' esperienza ha proclamato l' efficacia di questi mezzi nell' ostinate oftalmie, ma nell' usarli il chirurgo deve sovente trascurare di prendere in considerazione le *indicazioni*, e le *contrindicazioni*. Il mercurio è uno dei più vantaggiosi rimedj, che si possano impiegare in simili casi, poichè sembra che egli eserciti un' azione specifica sull' infiammazioni di differente specie, ma principalmente su quella degli occhj. *Non è mai utile, allorchè è indicato il salasso. Esistono degl' imbarazzi nelle prime vie, o l' infiammazione è tuttora violenta? quantunque siasi bastantemente salassato il malato, il mercurio può essere amministrato in una dose assai abbondante, onde agisca come purgante. Se l' occhio è sensibilissimo, il corpo del malato molto irritabile, o se il mercurio produce una troppo abbondante diarrea, questo rimedio dev' essere combinato all' oppio.* Se il malato è debole, il suo occhio non è dolente, ma in uno stato di rilasciamento, o pure è rosso, o umido, e il dolore è periodico, il mercurio dev' essere combinato colla china. (Warner, sulle malattie degli occhj).

L'oppio è uno dei più efficaci rimedj in questa malattia; bisogna unirlo al mercurio, e dare mattina e sera al malato una pillola composta di un grano o due di calomelanos, e d'un mezzo grano, o un grano d'oppio. (Richter).

Il seguente passo è estratto dall'importanti ed interessanti osservazioni del sig. Rose, sul trattamento della sifilide senza mercurio, le quali sono state pubblicate nelle *Transazioni medico chirurgiche*, tomo 8. p. 2. dopo la prima edizione della nostra opera.

I buoni effetti di questo medicamento, (il mercurio) non possono essere maggiormente evidenti, quanto in questa malattia. Lo stravaso e l'organizzazione della linfa sono così pronti, che prima di potere operare la guarigione con altri mezzi (ciò che potrebbe verosimilmente aver luogo) la vista si è molto indebolita. Questo fatto è confermato da un gran numero di casi, nei quali ha luogo l'obliterazione della pupilla, e l'opacità della capsula del cristallino, allorchè questa malattia non è trattata a dovere.

Affine d'impedire quest'accidente, io uso il mercurio a piccole dosi tutte le volte, che si dichiara l'infiammazione delle membrane interne dell occhio. Allorchè questa flemmasia è stata complicata da diverse eruzioni, esisteva una tendenza a una grave infiammazione; ma questa tendenza è stata combattuta con successo con i rimedj antiflogistici, prima che si formasse lo stravaso della linfa, eccettuato in due circostanze, in cui la dose del calomelanos, che aveva preso il malato, non avrebbe operato una permanente guarigione, se la malattia fusse stata venerea. Il virus sifilitico probabilmente non esisteva in quei due casi, nell'ultimo, l'ulceri erano intieramente superficiali, e non si avevano dei dati certi da farci conoscere se nell'altro caso erano esistiti dei sintomi primitivi della sifilitide.

TAVOLA VI.

Differenti forme, sotto le quali si presenta l'infiammazione dell'iride.

Fig. 1. Si sono disegnati gli occhi d'una malata, che ha sofferto diverse eruzioni, dei dolori nelle articolazioni, e che è stata per lungo tempo sottoposta all'azione del mercurio. La malattia è cronica, conforme lo mostra la figura. La violenza dell'infiammazione si era dissipata, la pupilla di ciascun'occhio era ricoperta in parte, di fiocchi di linfa, la quale non era intieramente organizzata. La pupilla aveva perduto la sua forma, e la vista era divenuta debolissima. Il mercurio, amministrato per lungo tempo a piccole dosi, ha operato l'assorzione della linfa a segno di fare ricuperare la sua forma alla pupilla, e di ristabilire la vista quasi perfettamente. L'eruzione tubercolare circoscritta, che è stata delineata sulla

fronte, era leggermente sparsa sulle braccia, e sull' altre parti del corpo.

Fig. 2. In questa figura sono delineati i fenomeni d' un' infiammazione idiopatica dell' iride, non combinata colla sifilide, e intieramente indipendente dall'azione del mercurio La zona era ben pronunziata, la pupilla contratta, la sua forma era intieramente alterata, ma non si osservava alcuna traccia dell' esistenza della linfa.

Fig. 3. Infiammazione secondaria dell' iride. L' onice era purulento, come lo dimostra la figura, ed era stato causato da un' ulcera della cornea, che si era aperta nella camera anteriore. Non si sono potuti delineare i tratti di quest' ulcera. L' ulcera interna della cornea fu in questo caso la sola cagione dell' onice purulento, o dell' ipopio. L' iride è affetta da una infiammazione, che l' è particolare, cioè dall' infiammazione adesiva. L' iride infiammata non può separare del pus, e la sua infiammazione non termina per esulcerazione.

Fig. 4. Infiammazione acuta dell' iride, durante l' uso del mercurio, amministrato a causa di una sifilide consecutiva, e accompagnato da sintomi, che non erano molto significanti, nè ben caratteristici.

OSSERVAZIONE

DELL' ALLACCIATURA DELL' AORTA

D' ASTLEY COOPER.

Temo molto che il solo titolo di questa memoria non porti il lettore a pensare che nulla possa giustificarmi d'avere eseguito l'operazione, che sono per descrivere, mentre si crede che l'allacciatura dell'aorta debba essere necessariamente mortale. Ma mi lusingo che questo scritto proverà che questa operazione non ha fatto correre nel momento al malato i pericoli, che vi era luogo a temere; che egli non si è lagnato che d'un leggiero dolore nel tempo dell'operazione; che questo era il solo espediente per tentare di salvarlo, e che se io devo pentirmi di qualche cosa, non è già di avere praticato questa allacciatura, ma bensì di non averla eseguita più presto.

Certamente sarei ben condannabile se osassi giuocarmi della vita di uno dei miei simili, che avrebbe riposto la sua fiducia nelle mie cognizioni chirurgiche, o nella mia umanità; ma mi riguarderei però come colpevole se non facessi tutti i miei sforzi per salvare una persona, la cui morte fusse inevitabile, e lasciassi fare dei progressi a una malattia, mentre la chirurgia poteva arrestarli, come nel caso, di cui narrerò la storia. Nell'adempiere al nostro dovere, noi ci dobbiamo lasciar guidare da un solo sentimento, cioè, dobbiamo trattare la malattia d'un'altro, come noi la cureremmo in noi stessi, se ne fossemo attaccati, e dovremmo domandarci se, trovandoci situati in una simil circostanza, ci decideremmo a soffrire il dolore, ed a correre i pericoli, a cui andiamo ad esporre il nostro malato. Guidati da questo principio, dopo avere raccolto tutti i dati relativi alla malattia, noi adempiamo al nostro dovere senza temere i rimorsi della coscienza, che devono tormentare quei chirurghi, che fanno soffrire dei patimenti, e correre dei pericoli ai loro malati, senza che sia necessaria l'operazione, che hanno praticata.

Le persone, che sono disposte a condannare l'operazione, che descriveremo, vorranno bene ricordarsi che, quantunque la prima operazione da noi eseguita per rimediare all'aneurisma della carotide, non sia stata fortunata, abbiamo per altro ottenuti dei resultati i più felici nella nostra seconda operazione della stessa natura.

Nel raccogliere tutti i dati su d'un punto di dottrina medica, bisogna ricorrere a tre sorgenti, da cui possiamo sperare i più grandi vantaggi: 1.° all'osservazione dei fenomeni, che presenta il malato; 2.° all'apertura del cadavere; 3.° all'esperienze fatte sugli animali viventi. Mediante il primo mezzo d'indagine, noi ci illuminiamo sull'istoria della malattia; mediante il secondo, sulla sua vera natura, per quanto può esser conosciuta; e finalmente per mezzo delle esperienze sugli animali viventi, studiamo i processi, che la natura impiega per rimediare alle lesioni delle parti, e applichiamo questa cognizione alle malattie dell'uomo.

Considerazioni generali sull' allacciature dell' arterie.

Nel fare l'allacciatura dell'arterie, bisogna prima di tutto fare attenzione se vi è una sufficiente probabilità che le parti situate al disotto dell'allacciatura possano ricevere, per mezzo dell'anastomosi, una bastante quantità di sangue: ma quando si pratica questa operazione sulle arterie, situate nelle grandi cavità del corpo, bisogna riflettere molto per conoscere il mezzo, che impedirà a questa allacciatura di cagionare la morte del malato.

Un'allacciatura produce la suppurazione e l'esulcerazione dell'arteria, su cui viene applicata, ciò, che cagiona la separazione dell'allacciatura medesima; ma allorchè questa suppurazione si manifesta nell'arterie delle grandi cavità del corpo, può mettère in pericolo la vita del malato.

1.° L'aorta si oblitera così raramente, che non si ha quasi mai l'occasione di conoscere l'influenza dei vasi, che anastomizzandosi, danno un'impulsione al sangue. L'esame della struttura dell'aorta nella sua curvatura c'induce a pensare che l'anastomosi non bastano perchè il sangue possa seguire il suo corso nei suoi numerosi giri, ed il solo caso, in cui ho osservato nell'uomo il ristringimento di quest'arteria, tenderebbe a confermare questa opinione: ma il sig. Graham ha osservato un fatto (noi lo riporteremo in una dettagliata memoria), il quale mostra che anche in questa parte dell'aorta, le anastomosi di quest'arteria basterebbero per dar passaggio al sangue.

Ecco il caso, in cui ho osservato il ristringimento dell'aorta, che riporto tale, quale mi è stato trasmesso dal sig. Winstone, chirurgo di *Charter-House Square*, il quale mi pregò di assistere all'apertura del cadavere.

Osservazione riportata dal sig. Winstone.

L'individuo, che ha fornito il soggetto di questa osservazione, aveva 57. anni, era corpulento, accostumato a mangiar bene, e godeva di una buona salute, eccettuato nell'inverno, durante il quale era sempre molestato da una tosse così violenta, di cui non ho veduto mai un'esempio simile. Il 7. aprile 1809., fu preso nella notte da una tosse e da una difficoltà di respiro più forte dell'ordinario. Io lo visitai la mattina

alle cinqne; sentiva un dolore dietro lo sterno, aveva l'estremità fredde, la sua fisionomia annunziava un'ansietà estrema, il polso era debole, ma regolare e frequentissimo. Questi sintomi non si calmarono quasi punto malgrado l'applicazione delle coppette, dei vessicanti, e dei topici irritanti sullo sterno fino a 11. ore, momento in cui il malato cadde morto nel voler montare sul suo letto.

Apertura del cadavere.

All'apertura del cadavere trovammo il pericardio molto disteso, e un'incisione, che vi fecemo diede esito ad una gran qnantità di sangue. Una delle vene coronarie era rotta nella parte anteriore del ventricolo destro. Io rignardai nell'atto questa rottura come la causa, che aveva dato luogo allo stravaso di sangue nel pericardio; ma esaminando più diligentemente il cuore, che aveva portato meco a casa, trovai in questo viscere un'apertura, che conduceva nel ventricolo destro; viddi che la rottura era cominciata da questa parte del cuore, che si estendeva a tutta la sostanza di questo viscere, e che l'apertura d'una delle vene coronarie era stata cagionata dai progressi di questa malattia. Aprii l'arteria polmonare, ma la trovai sana; la parte sinistra del cuore non offriva alcuna traccia di alterazione patologica, ma i polmoni avevano contratte delle aderenze colla parte interna del petto, ed una piccola quantità di fluido era contenuto nel rimanente della cavità toracica. Avendo introdotto un dito nell'aorta, dirimpetto al luogo, ove si termina il dutto arterioso, scoprii un ristringimento in quest'arteria, che poteva appena contenere il dito minimo, e che dietro un'accurato esame, mi parve prodotto da un'ingrossamento della struttura fibrosa e circolare di questo vaso, accompagnato da alcuni punti d'ossificazione delle sue tuniche. Questo ristringimento dell'aorta impediva al sangue di passare a traverso il cuore, ed i polmoni, e allorchè il ventricolo destro fu eccessivamente disteso, si ruppe, e cagionò la subitanea morte del malato.

La seguente osservazione è stata pubblicata nelle *Transazioni medico-chirurgiche*, dal sig. Graham, medico dello spedale di Glascow. (Consultate quell'opera v. 5.)

Osservazione raccolta dal sig. Graham.

» L'osservazione, di cui trasmetto i dettaglj alla Società medico-
» chirurgica, credo che non possa essere messa in paralelo che con un
» sol fatto, che è stato consegnato negli annali della scienza, ed in
» quella osservazione non si è fatto menzione semplicemente che dei
» risultati dell'apertura del cadavere, essendosi trascurato di tracciare
» la storia della malattia. Alcune parti del rapporto fatto al letto del
» malato, estratte dai registri dello spedale, sono, a mio credere,
» d'un'alta importanza. Io ho notato alcuni sintomi anomali, che
» possono sembrare oggi poco essenziali, ma a misura che la scienza

» farà dei progressi, i dettagli, che si riguarderanno al presente come
» estranei alla mia osservazione, ed ai quali non si annetterà alcuna
» specie d'importanza, acquisteranno in seguito un grande interesse.
» Siccome questa malattia non mi è sembrata caratterizzata da alcun
» sintomo diagnostico, la storia di questa organica lesione del cuore è
» propria a provare quanto sono false le congetture, che si formano,
» durante la vita, sulle malattie di questo viscere.

» H. Errico Frere, di 14. anni, fu ricevuto allo spedale il 3. agosto
» 1813. e furono notati sul giornale di questo stabilimento i seguenti
» dettaglj intorno la storia della sua malattia.

» Due settimane dopo essersi esposto all' impressione del freddo,
» Errico fu preso da una tosse secca, seguita negli ultimi otto giorni
» da un' abbondante espettorazione, e da un dolore nel lato sinistro
» del petto, che gl' impediva di respirare, ed era aumentato dalla tos-
» se: il polso dava cento pulsazioni, ed era un poco duro; aveva poco
» appetito, sete ardente, lingua bianca, le funzioni intestinali erano
» regolari, non poteva dormire, e sudava eccessivamente. Nissun me-
» todo curativo fu impiegato per combattere questa malattia ».

Questa morbosa affezione fu riguardata come una peripneumonia, giunta ad un periodo così avanzato, che sembrava essersi formata la suppurazione, e la morte inevitabile. Ciò nondimeno furono praticati i soliti soccorsi, come il salasso, i vessicanti, gli espettoranti ed i catartici, ed ebbi la sodisfazione di vedere diminuire i sintomi della malattia. Il sangue del primo salasso era cotennosissimo. Il polso dava ordinariamente dalle 92. alle 104. battute, e presentava (secondo il rapporto) dei caratteri molto variati, essendo ora pieno, ora forte, talvolta duro, ma sempre regolare. Gli spurghi divennero più abbondanti, più densi, e si macchiarono di sangue. Il malato traspirava principalmente dalle parti superiori del corpo, gettava dei gemiti nel tempo del sonno, e prendeva pochissimo nutrimento. L'8. agosto soffrì delle nausee e dei vomiti. Il 9. ebbe un' accesso di febbre, che si prolungò per alcuni giorni. Il 20. accusò un vivissimo dolore nell' occhio sinistro. Non si lamentò che il 27. di soffrire una palpitazione, e questa è la prima volta che cotal sintomo è notato nel giornale, quantunque, a mio credere, debba essersi manifestato più presto. Non è stato fatto alcun rapporto dopo questo giorno, fino al 6. ottobre, epoca, in cui il malato uscì dallo spedale.

La palpitazione diminuiva a misura, che le forze si ristabilivano, ciò che mi faceva credere che questo sintomo diminuisse da uno stato di debolezza, quantunque non potessi dissimularmi il timore, in cui era che l'infiammazione si fusse propagata fino al pericardio, o al cuore. L' incertezza del diagnostico in casi di simil natura, non è che troppo conosciuta dai pratici. Io era inclinato a sospettare l'esistenza di uno stravaso di sierosità nel pericardio, o l'aderenza del cuore con questa membrana, sebbene avessi già osservato, circa questa epoca, due casi almeno, in cui esisteva l'aderenza la più diretta e la più intima del pericardio col cuore, senza che la circolazione ne fusse per niente disturbata.

I timori crebbero ancora quando il malato rientrò nello spedale il 13. novembre, con una rimarcabilissima pulsazione nelle arterie carotide e succlavia. Egli presentava allora i seguenti sintomi.

13. *Novembre*. Dispnea. Palpitazione del cuore; dolore nel lato sinistro del petto, ove era rinato poco dopo l' uscita del malato dallo spedale, e si era progressivamente aumentato; il polso dava 88. battute, ed era regolare; il ventre non era mantenuto libero che a forza di medicine. L' applicazione di un vessicante produsse qualche momentaneo sollievo.

I vessicanti ed i catartici furono nuovamente prescritti, ed i sintomi diminuirono per qualche tempo. Il dolore, che si era dissipato, rinacque nel lato sinistro del petto la sera del 29. novembre. Il giorno seguente fu applicato un vessicante, il quale cagionò un così vivo dolore, che il malato fu prontamente attaccato da una violenta febbre. Non soffriva di stranguria, e l' accesso febrile non si riprodusse il giorno dopo. Un' accesso simile, accompagnato da nausee e da vomiti, ebbe luogo il 12. dicembre, e cedè prontamente all' emetico; il malato era molestato da acidi, e da uno stato di cardialgia dopo i suoi pasti. Il 23. dicembre, fu notato sul giornale, che egli aveva accusato per dieci giorni un dolore nel destro lato del petto; che questo dolore era aumentato dal moto, e da una prolungata inspirazione; che era accompagnato da frequente tosse, e più vivo nella notte, che nel giorno. Il polso era ancora elevato, e si ricorse ai vessicanti, ai catartici; furono praticati due salassi, ed il sangue era molto cotennoso, specialmente quello del primo salasso; il polso divenne più moderato, e si dissipò il dolore, ma la tosse, e la palpitazione persisterono. La circolazione era ancora frequentissima il 27. dicembre, e durò in questo stato fino alla morte. Le forze diminuirono moltissimo, si manifestò un sudore eccessivo, il malato ricusò ogni alimento, soffrì dei frequenti vomiti, le sue orine divennero arenose, il sonno fu sconcertato, la dispnea e le palpitazioni crebbero, ed il malato spirò il 2. gennajo a mezzo giorno. Il polso offrì parecchie anomalie, quanto alla forza e alla durezza. Egli diede da 90. a 116. battute. L' ultima volta che questo malato rimase allo spedale, il suo polso comparve debole negli ultimi giorni solamente; ma si conservò sempre regolare.

Apertura del cadavere.

Si trovò una libbra circa di sierosità nella cavità addominale, e gl' intestini distesi dall' aria; ma i visceri sembravano nello stato naturale. Rovesciando lo sterno sulla parte superiore, trovammo il pericardio molto ingrandito, che nascondeva il polmone sinistro, ed aveva contratto delle aderenze colla pleura costale. Questa membrana, che era sottile e trasparentissima, conteneva circa un' oncia di fluido, e il cuore aveva un volume due volte maggiore di quello, che si osserva ordinariamente nei soggetti di questa età. Le arterie, e la trachea-arteria erano distese al disopra della curvatura dell' aorta; i visceri contenuti nella cavità del petto erano spinti in basso, e

l'aorta essendo stata divisa, fu separata dal corpo. Le pareti del ventricolo sinistro avevano circa un pollice di grossezza; ma non si scorgeva alcun'altra patologica alterazione nella struttura del cuore, o nelle valvule di questo viscere; la capacità delle sue cavità sembrava nello stato naturale. L'aorta era distesa in un modo straordinario presso la sua origine, e formava una specie di sacco, dopo avere fornito delle diramazioni alla testa e all'estremità superiori, offriva un insolito ristringimento nel suo diametro. Questo ristringimento continuava fino al luogo, ove qnesta arteria si unisce al dutto arterioso, luogo in cui l'aorta era completamente obliterata; le sue tuniche non erano nè ingrossate, nè malate, eccettuato a un mezzo pollice in circa al disotto del ristringimento di questa arteria; si osservava in questa parte una elevazione unita e liscia della superficie interna, che presentava quasi il diametro di un pisello diviso per il mezzo; d'altronde l'aspetto di questa arteria era esattamente lo stesso, che se fosse stata con forza allacciata. L'obliterazione aveva una linea circa di larghezza. L'arteria riceveva allora tre tronchi della grossezza di una penna di corvo, ed un poco più basso, altri tre tronchi più piccoli; nel suo tratto successivo questa arteria aveva il suo ordinario volume. Questi tre tronchi provenivano evidentemente dall'arterie intercostali inferiori; le loro tuniche erano sottilissime, e somigliavano a quelle delle vene. Una tenta penetrava, passando per l'arteria polmonare, dal dutto arterioso fino al luogo del ristringimento dell'aorta; ma la compattezza di questa arteria portava a credere che non potesse avere esistito una gran comunicazione per mezzo di essa, e la fisionomia animata del malato, durante la sua vita, sanzionava questa opinione. Siccome non potei sospettare l'esistenza di questa singolare alterazione patologica, se non dopo di avere tolto via gli organi contenuti nella cavità del petto, mi fu perciò impossibile di seguire coll'esattezza, che sarebbe stata desiderabile in questa circostanza, le anastomosi, per mezzo delle quali il sangue era trasportato in questo individuo, all'estremità inferiori; ma penso che quello, che abbiamo osservato sia sufficiente per farci scoprire il vero. L'arteria innominata, la succlavia sinistra, l'intercostali superiori e l'arterie mammarie erano molto cresciute di diametro. Il volume della arteria epigastrica era come nello stato naturale. Riflettendo su questi fatti, e considerando che l'aorta aveva quasi le sue naturali dimensioni immediatamente al di sotto del suo ristringimento, vediamo chiaramente che il sangue non era trasmesso all'estremità inferiori mediante l'anastomosi delle arterie mammarie e dell'epigastriche, come si sarebbe potuto credere, ma bensì principalmente per mezzo dell'anastomosi dell'intercostali superiori, e delle arterie mammarie con le tre grosse branche, che entravano nell'aorta al di sotto del suo ristringimento, e mediante ancora l'anastomosi dell'arterie mammarie e toraciche, colle arterie intercostali e diaframmatiche.

I polmoni erano leggermente coloriti, e il lobo sinistro era flaccidissimo. Una piccola quantità di sierosità sanguigna era contenuta in ciascun lato del torace.

Allorchè l'aorta ha dato origine alla sua curvatura, somministra nella cavità del petto un gran numero di arterie intercostali; e quantunque questi vasi siano piccoli, comunicano così bene fra loro, che una obliterazione progressiva dell'aorta non impedirebbe al sangue di essere prontamente trasmesso alle estremità inferiori. Un esempio di questa natura è stato riportato dal sig. Paris, e si trova citato nelle *osservazioni chirurgiche* del sig. Giovanni Bell. » Il sig. Paris, professore dell'anfiteatro dell'Hotel-Dieu, nel 1789. iniettò il cadavere d'una donna magrissima, dell'età di cinquant'anni, il di cui sistema arterioso aveva sofferto un'estraordinaria alterazione, e nella quale una completa obliterazione dell'aorta un poco al di là della sua curvatura, aveva intervertito intieramente il corso del sangue. La straordinaria ampiezza delle piccole arterie, situate nella parte anteriore del petto, che egli osservò in questo individuo, fissò particolarmente la sua attenzione. Questo chirurgo iniettò nell'arterie una mescolanza di parti uguali di sevo e di resina, colorata col nero fumo; e questa iniezione, introdotta nello orifizio dell'aorta, fu trasmessa così facilmente nei diversi vasi, che il sig. Paris, ben lungi dal pensare all'obliterazione di questa arteria, trovò che la sua iniezione era penetrata con maggior facilità di quella, che s'incontra ordinariamente in un soggetto adulto.

Il cadavere era così magro, che senza dissecarlo il sig. Paris, scorse facilmente, che l'arterie toraciche, situate sulle parti inferiori e laterali del petto, erano tortuose ed ampie in un modo affatto particolare. Egli doveva perciò raddoppiare naturalmente la sua attenzione nel sezionare questo soggetto. Trovò che l'aorta era ristretta al di là della sua curvatura, avendo il calibro di una penna da scrivere; le sue tuniche avevano la natural compattezza, e la sua cavità era strettissima. Sopra, sotto, ed intorno a questo ristringimento dell'aorta, non vi si osservava alcuna alterazione patologica. Nè la struttura di questa arteria, nè lo stato delle parti adjacenti potevano render ragione di cotale ristringimento.

Le carotidi erano nello stato naturale: l'arteria innominata e la succlavia sinistra avevano un diametro due volte maggiore del solito; tutte le loro branche erano aumentate nella stessa proporzione, la loro direzione era divenuta tortuosa, ed aveva la forma di zigzag: l'arterie mammarie interne, e freniche erano divenute più ampie, e tortuosissime. L'arterie trasverse del collo avevano acquistato un doppio volume; le branche posteriori erano tortuose, si prolungavano molto sul dorso, e davano origine a delle branche, che si anastomizzavano colle diramazioni delle arterie intercostali superiori, il calibro delle quali era pure molto aumentato; l'arterie toraciche, e scapulari, che sono situate sulle parti laterali del petto, avevano anche esse acquistato un doppio volume dell'ordinario.

Sotto il ristringimento dell'aorta, l'arterie intercostali inferiori erano molto più ampie, ed il loro calibro era tre o quattro volte maggiore dell'ordinario: ciascuna di esse era dilatata, ma quelle, che provenivano dalla parte la più vicina al ristringimento dell'aorta erano più alterate dell'altre, e la branca posteriore di ognuna di esse, che penetra

nei muscoli del dorso, era più dilatata di quelle, che sono situate fra le coste: queste branche posteriori erano, per verità, così dilatate, e le loro anastomosi erano così frequenti, che rassomigliavano, in qualche modo, a una collana, e la loro anastomosi coll' arteria trasversa del collo era rimarcabilissima. L' arteria frenica inferiore era divenuta più ampia del naturale, e formava delle anastomosi colla frenica superiore; l' arteria epigastrica era dilatata quanto la mammaria, che era pure dilatata e comunicante con essa per mezzo di numerose anastomosi. Questo fatto (1) ci prova manifestamente che una gran parte di sangue, trasmessa ordinariamente, mediante l' aorta, a traverso il petto, può compiere il suo corso per mezzo delle branche delle arterie succlavia, e intercostale.

Relativamente all' aorta addominale, non ho mai trovato esempio nell' uomo, della sua obliterazione, o del suo ristringimento; ma se mai si dasse questo caso, il sangue troverebbe poca difficoltà a essere trasmesso all' estremità inferiori per mezzo dei vasi collaterali. L' arterie mammarie, ed epigastriche, le mesenteriche superiore e inferiore, e le arterie lombari basterebbero per trasmettere il sangue all' estremità inferiori del corpo.

Quantunque non abbiamo dei dati certi per conoscere il modo, con cui si opera la circolazione nella cavità addominale dell' uomo, mediante l' anastomosi, abbiamo però su questo particolare delle cognizioni assai esatte relativamente agli animali. Io ho fatto parecchie volte l' allacciatura dell' aorta nei cani, e ho trovato che il sangue era trasmesso prontamente all' estremità posteriori dell' animale per mezzo dell' anastomosi dei vasi: ho pubblicato dei dettagli intorno queste esperienze nelle *Transazioni medico-chirurgiche*.

L' incisione è stata fatta in ciascuna esperienza, sul lato sinistro della spina del dorso; l' aorta è stata portata alla superficie della pelle per mezzo d' un' ago da aneurisma, e tutte le parti adjacenti essendo state separate da questa arteria in modo, da isolar perfettamente le sue tuniche, un' allacciatura è stata passata intorno al tronco di questa arteria. Un cane è stato conservato in questo stato per alcune settimane, e dopo è stato ucciso. Noi abbiamo dissecato e iniettato il suo cadavere, ed abbiamo trovato che la nuova circolazione si era stabilita principalmente per mezzo dell' arterie lombari, che si erano molto ingrandite. Si possiede nel Museo dello spedale *Saint-Thomas*, un bellissimo pezzo d' anatomia patologica, in cui si osserva l' obliterazione dell' aorta, ed i numerosi vasi, dei quali era cresciuto il lume, e per cui si effettuava la circolazione. Questo pezzo indica, per quanto si può concludere per analogia, la possibilità di vedere operarsi nell' uomo la circolazione mediante l' anastomosi.

Vado adesso a narrare le circostanze, relative all' osservazione, che forma il soggetto di questa memoria, e non esporrò le mie idee sull' allacciatura dell' aorta, che dopo aver descritta questa operazione.

(1) Questo fatto è consegnato nel *Giornale di Desault*, anno 1789. vol. 2. *Nota del Tradut. Francese*).

Osservazione.

Carlo Hutson, commissionario, dell'età di 38. anni, entrò nello spedale di *Guy* il 9. aprile 1817., a causa d'un tumore, situato parte sopra e parte sotto il ligamento del Poupart. Dal lato sinistro si distingueva una debole pulsazione in questa parte, e si fu indotti a credere questa lesione un'aneurisma. Dal racconto, che il malato ci fece di questa sua malattia, intesemo che tredici mesi prima che egli entrasse allo spedale, era caduto sull'angolo d'una cassa, ed aveva sofferto una così violenta contusione nell'inguine sinistro, per cui gli era stato impossibile di tornarsene a piedi a casa sua. Il giorno dopo questo accidente, la coscia sinistra enfiò così fortemente, e si scolorò a segno, che il malato non potè abbandonare il letto.

Dopo che Hutson si fu medicato per tre settimane, cominciò a ristabilirsi, ed il membro avendo ricuperato il suo ordinario volume, egli tornò alle sue faccende; ma giammai si potè servire del membro malato colla stessa facilità come dell'altro. Frattanto il malato continuò a travagliare, quantunque con molta pena, fino quindici giorni avanti il suo ingresso nello spedale. Poco tempo avanti, che egli vi fusse ricevuto, soffriva talvolta un dolore piccante nel membro, ma era passeggiero, e sembrava prodotto dalla pressione del tumore sul nervo crurale anteriore. Una gonfiezza più, o meno considerabile aveva sempre esistito nell'inguine dopo la caduta del malato, e alcune settimane avanti, che venisse allo spedale, era stato obbligato di slargare le sue vesti dal lato sinistro.

A quest'epoca il tumore era molto aumentato, parecchie grosse vene apparivano all'esterno della parte lesa, la di cui pressione faceva soffrire un vivo dolore al malato. Tre giorni dopo, che egli era entrato nello spedale, il tumore acquistò un doppio volume di quello, che aveva in principio; la pulsazione divenne meno apparente, eccettuato lungo il tragitto dell'arterie iliache e femorale. Il tumore si estendeva tre o quattro pollici al disopra, e altrettanto al disotto del ligamento del Poupart, ed era divenuto considerabilissimo. Si distingueva al di sopra della spina iliaca anteriore e superiore, una fluttuazione nel sacco aneurismatico, che sporgeva al di sopra del ligamento del Poupart, e si sentiva benissimo che il sangue non era coagulato in questa parte; d'altronde il peritoneo era portato al disotto della parte inferiore dell'addome in modo, che copriva l'arteria iliaca comune, e rendeva così impossibile l'operazione, a meno di non aprire la cavità di questa membrana. Mi decisi dunque a ricorrere ad altri mezzi, e ad attendere, prima d'intraprendere l'operazione, che la natura facesse qualche sforzo per operare una guarigione spontanea, circostanza, la quale, come è nota, si presenta talvolta.

Maggio 16. — Il tumore si è aumentato rapidamente, e le pulsazioni essendo divenute più distinte, è stato prescritto un salasso dal braccio di dodici once.

21. — Fu esercitata una pressione sulla parte anteriore del tumore,

per mezzo d'un cuscino, che fu mantenuto in sito con una larga fascia. Fu replicato un'altro salasso dal braccio di dodici once, ed il malato dichiarò che stava meglio.

27. — Essendo stata sospesa la compressione, che si esercitava sul tumore, trovammo la pelle strappata, scolorita, e divenuta insensibile.

30. — Il malato ci raccontò la mattina che aveva passato una cattiva nottata, e sembrava soffrire una vivissima generale irritazione. Il tumore era molto aumentato, e ordinai che vi si applicasse sopra un tourniquet, situato in modo che esercitasse una pressione sull' aneurisma, e che comprimesse il meno possibile le parti adjacenti.

Giugno. — Il malato aveva potuto comportare la compressione del tourniquet, ma essa non aveva diminuito il volume del tumore.

4. — Allorchè si slentò il tourniquet, si osservò una leggiera esulcerazione sulla pelle dal lato del sacco aneurismatico, e ordinai per ciò, che non si applicasse altrimenti il tourniquet.

5. — Il malato si lamentò di soffrire nel membro aneurismatico un senso di peso così considerabile, che aveva molta pena a sollevarlo. La pelle corrispondente all'aneurisma pareva vicina a gangrenarsi.

19. — Fu osservata un'escara sulla parte esterna del tumore, sotto il ligamento del Poupart, ed era quasi staccata a causa di una profonda esulcerazione.

20. — A dieci ore di mattina Hutson sofferse una emorragia dalla parte esterna del sacco aneurismatico, ma essa non fu considerabile. Fu applicato un piumacciolo di fila sul luogo, di dove scaturiva il sangue, e fu tenuto in sito per mezzo di cerotti agglutinativi. L'emorragia non ricomparve per tutto il giorno dopo.

22. — Il malato soffrì a sett'ore di mattina una nuova emorragia, in conseguenza di qualche leggiero sforzo, che ei fece; ma non fu abbondante.

24. — L'emorragia si affacciò di nuovo, ma si arrestò spontaneamente.

25. — Nuova emorragia a due ore e mezzo pomeridiane, la quale fu abbondante, e cagionata da una violenta affezione morale. Il signor Key, mio allievo, impedì fortunatamente che il malato soccombesse a questa nuova perdita di sangue, arrestandola mediante la compressione; ma il malato ne rimase talmente indebolito, che andò di corpo involontariamente.

A nove ore della stessa sera io vidi il malato, e lo trovai così debole, da non poter sopravvivere a un'altra emorragia, da cui era ad ogni momento minacciato. Volendo evitare di aprire il basso ventre, per allacciare l'arteria presso la sua biforcazione, mi decisi di esaminare se si fusse potuto situare l'allacciatura attorno dell'arteria dentro del sacco aneurismatico; giacchè pensavo che, se l'arteria si era strappata nel centro del sacco, come suole ordinariamente succedere nell'aneurisma, avrei potuto comprimerla con un dito, e passarvi attorno l'allacciatura. In questa vista, feci una piccola incisione sull'aneurisma, due pollici circa al disopra del ligamento del Poupart, ed avendo praticata una piccola apertura nel sacco aneurismatico, vi penetrai facilmente col

dito e mi messi a cercare l' arteria, che aveva dato origine a questo sacco. Nel fare questa operazione, il mio dito otturò così completamente l' apertura, che impedì che si potesse rinnovare l' emorragia. Cercai col dito l' arteria, ma non trovai che un' ammasso di sangue coagulato, e mi convinsi che l' arteria entrava nel sacco al disopra, o che l' abbandonava al disotto, senza che esistesse alcuna porzione intermedia del vaso: quindi è che fui per conseguenza obbligato di rinunziare a questo processo operatorio.

Allorchè era per ritirare il dito, dissi a due dei miei allievi di comprimere l' aorta sulla spina del dorso, ed essi giunsero ad arrestare la pulsazione dell' arteria nell' inguine destro: appena ritirato il dito, situai un piumacciuolo di fila su d' ambedue i lati, e otturai l' apertura, che avevo fatta nel sacco.

È utile di osservare, che l' apertura nata nell' aneurisma per cagione dei progressi della gangrena, era situata così lontana dalla natural sede dell' arteria, che io non poteva per essa giungere col dito fino a questo vaso. Nell' allontanarmi dal letto del malato, provai il più vivo rammarico (come pure lo provarono tutti i miei allievi, che mi stavano intorno) di lasciarlo perire, senza tentare il solo mezzo, chè mi restava d' impedire la sua vicina morte, che sarebbe stata cagionata dalla prima emorragia, che si fusse riaffacciata; e questo mezzo era l' allacciatura dell' aorta: io dissi dunque ai miei scolari: signori, sono deciso di tentare il solo mezzo, che ci rimane di salvare il malato.

Operazione.

L' operazione fu eseguita nel seguente modo: dei guanciali furono posti sotto le spalle del malato, affine di sollevarle leggermente, e di rilasciare, più che era possibile, i muscoli addominali; poichè io mi attendeva ad essere disturbato nella mia operazione, dall' uscita degl' intestini, e fui piacevolmente sorpreso nel vedere che non avevo da superare questo immaginato ostacolo, a cagione della vacuità degl' intestini, prodotta dall' involontaria evacuazione delle materie fecali. Mi sia perciò permesso di fare osservare qui, che nel caso di dovere eseguire una simile operazione, sarebbe assolutamente necessario di evacuare prima gl' intestini per mezzo di qualche attivo purgante.

Feci allora un' incisione lunga tre pollici sulla linea alba, cioè un pollice e mezzo al disopra dell' umbilico, e un pollice e mezzo al disotto, curvandola leggermente per evitare l' umbilico, di modo che dalla parte sinistra di esso veniva ad avere la forma seguente (⊃). Quando ebbi diviso la linea alba, feci una piccola apertura nel peritoneo, e introdussi un dito nell' addome; preso allora un bisturì bottonato, ingrandii l' apertura fatta al peritoneo in modo da darle l' istessa estensione della incisione esterna. Nè l' epiploon, nè gl' intestini uscirono fuori, e durante l' operazione non si presentò all' esterno della ferita, che una leggiera ansa intestinale. Avendo fatta un' apertura bastantemente grande per penetrare col dito nell' addo-

me, passai con esso sotto gl' intestini, arrivai alla colonna vertebrale, e sentii l' aorta, che si era molto dilatata, e batteva con molta forza; sollevai il peritoneo coll' unghia del dito, e pervenni fino al lato sinistro dell'aorta, e portando allora leggermente il dito da sinistra a destra, lo passai progressivamente fra l' arteria, e la colonna vertebrale, e arrivai fino al lato destro di questo vaso.

Tenendo allora fermo il dito sotto l'arteria, vi passai dietro un'ago da aneurisma, smussato e armato dei fili preparati per l'allacciatura: il mio allievo sig. Key tirò il filo della cruna dell'ago, e lo portò fino all' incisione esterna. L'ago fu immediatamente ritirato dopo questa operazione.

Bisognava adesso agire colla maggiore attenzione per non comprendere gl' intestini nell'allacciatura, i fili della quale furono tutti portati verso l' incisione esterna; a quest' effetto portai il dito fra gl' intestini in modo da procurarmi uno spazio fra essi e i fili dell' allacciatura, la quale fu allora serrata, situandone i due capi su i lati della ferita. Respinsi l'epiploon dietro l' incisione, per quanto poteva permetterlo l' allacciatura, affine di favorire l' aderenza, e riunii i labbri della ferita per mezzo della sutura incavigliata, e d'impiastri agglutinativi.

Durante l'operazione successe un'involontaria evacuazione di materie fecali, e il polso del malato diede tanto immediatamente, che un'ora dopo l'operazione 144. battute al minuto. Gli prescrissi trenta goccie di tintura tebaica e d'una mistura canforata, e l'involontaria escrezione delle feccie cessò ben presto. Applicai una mano sulla coscia destra del malato subito dopo l'operazione, ed egli mi disse che gli toccavo un piede, tanto era poco sviluppata la sensibilità di quel membro.

I seguenti dettagli sono stati raccolti dal sig. Guglielmo Cox, uno dei miei allievi.

A mezza notte, il polso del malato dava 132. battute.

26. — A un'ora della mattina Hutson soffrì del calore nell'addome, ma non vi risentiva alcun dolore comprimendo questa parte. Diceva che la sua testa era scottante, e che sentiva un dolore alle spalle; l'estremità inferiori, che erano fredde poco dopo l'operazione, avevano ricuperato il loro calore, e l'altre parti del suo corpo erano coperte d'un sudore freddo. La sensibilità è rimasta molto ottusa dopo l' operazione.

A due ore il malato si sentì talmente confortato dalla mistura, che gli era stata ordinata, che desiderò di prenderne dell'altra, e gli diedi dieci goccie di tintura tebaica. S' inviluppparono le sue gambe nella flanella, si applicarono delle bottiglie piene d' acqua calda ai suoi piedi, e allora egli disse che il calore del basso ventre era diminuito.

A sei ore la sensibilità delle membra era tuttavia imperfetta.

A otto ore di mattina, il malato ci disse che stava assai meglio; frattanto non orinava, nè andava di corpo. La sua estremità destra era più calda della sinistra, e la sensibilità vi si era ristabilita.

A mezzo giorno la temperatura dell'estremità destra era di 94. gradi,

e quella dell' estremità sinistra, o sia del membro aneurismatico era di 87. gradi e mezzo.

A un' ora il sig. Cooper venne a visitare il malato, e nel tempo che passeggiava per la sala, parve molto lieto di vedere che Hutson, il quale era stato sul punto di morire il giorno innanzi, accomodava le coperte del suo letto, e che sorrideva nel tempo che l' istesso sig. Cooper se gli avvicinava.

A tre ore Hutson fu colpito da un' accesso di tosse, che gl' incutè i più vivi timori. Egli temeva che i capi della sua allacciatura non fussero sdrucciolati nella piaga, ciò, che era un falso allarme; ma perchè egli non fosse tormentato in avvenire da una simile idea, i capi dei fili furono raccomandati ad un cannello di penna. Egli si lamentò poco dopo di un dolore nel basso ventre, ma che non era molto forte, e cedè prontamente alle fomente. Gli fu prescritto un clistere, stante che non andava di corpo.

A sei ore di sera, Hutson vomitò; poco tempo dopo preso il lavativo, il calore della gamba destra era di 96. gradi, e quello della gamba sinistra di 87. gradi, e mezzo.

A 9. ore di sera, egli prese un mezzo bicchiere di vino di Porto allungato con dell' acqua calda. Vomitò subito questa bevanda, e si lamentò di sentire un dolore nei lombi: il suo polso dava 104. battute, ed era debole; vigilia, e involontaria escrezione delle materie alvine.

A 11. ore di sera il polso dava 100 battute, ed era debole. Il malato vomitò di nuovo.

27. — A sett' ore di mattina, fummo informati che il malato aveva passato una cattiva nottata: il vomito si era riaffacciato di tempo in tempo, il polso dava 104. battute, ed era debole ed irregolare. Hutson si lagnava di soffrire in diverse parti del suo corpo, ma specialmente alla testa; le carotidi battevano con molta forza, la sua fisionomia annunziava un' ansietà estrema; l' orina colava a goccie, e l' estremità del pene era leggiermente dolente.

A ott' ore di mattina, il membro aneurismatico divenne livido e freddo, specialmente nelle vicinanze dell' aneurisma; ma la gamba destra conservava il suo calore.

A 11. ore, il polso dava 110. battute, era debole, e la prostrazione delle forze era completa. Il malato non rispondeva più alle domande, che gli erano fatte, e sembrava soffrire intorno al cuore, atteso che portò una mano sotto la mammella sinistra. Egli morì a un' ora e diecíotto minuti dopo mezzo giorno, essendo sopravvissuto quarantott' ore all' operazione.

Essendo stato informato della morte del malato, pregai il sig. Brooks, che dimora nella via di Blenheim, di assistere all' apertura del cadavere. Il sig. Travers, chirurgo dello spedale *Saint-Thomas*, il sig. Stocker, farmacista dello spedale di *Guy*, e un gran numero di studenti in medicina, assisterono pure a questa sezione.

Apertura del cadavere.

Allorchè fu aperto l'addome, non osservammo alcuna traccia d' infiammazione nel peritoneo, eccettuato intorno ai labbri della ferita. L'epiploon, e gl' intestini avevano il loro color naturale; i labbri della ferita erano insieme riuniti, mediante un'infiammazione adesiva, eccettuato nel luogo, ove erano stati situati i capi dell'allacciatura. Osservammo con gran sodisfazione che nessuna porzione dell'epiploon, o degl'intestini era stata compresa nell'allacciatura: il filo era stato passato attorno l'aorta circa tre quarti di pollice al disopra della sua biforcazione, e circa un pollice al disotto del luogo, ove il duodeno incrocia l'arteria. Aprimmo l'aorta, ed esaminandola con attenzione, ci trovammo un grumo di sangue, che aveva un poco più d'un pollice d'estensione, e che riempiva la cavità dell'arteria al disopra dell'allacciatura; un' altro grumo lungo un pollice era situato al disotto della biforcazione dell'aorta, e riempiva l'arteria iliaca destra, ed un terzo, che si estendeva lontano dall'aneurisma, occupava l'arteria iliaca sinistra. Noi osservammo tutti col maggior piacere, che l'arteria si era intieramente obliterata nello spazio di quarant'ore. Il sacco aneurismatico, il cui volume era enorme, si estendeva dal tronco dell'arteria iliaca fino al disotto del ligamento del Poupart, verso la parte esterna della coscia. L'arteria era mancante dalla parte superiore, fino alla parte inferiore del sacco, il quale era ripieno di un considerabile ammasso di sangue coagulato.

Il collo del femore era stato fratturato dentro del ligamento capsulare, e non si era operata la riunione dei due frammenti.

Considerazioni su questa operazione.

Riflettendo su tutte le circostanze relative a questa operazione, potremo noi conoscere la causa della morte del malato? Non possiamo accusarne l'infiammazione, poichè i visceri addominali non ne presentavano alcuna traccia.

Causa della morte del malato.

La morte del malato mi sembra essere stata prodotta dalla mancanza di circolazione nel membro aneurismatico; giacchè quantunque la vita, ed il calore si fussero conservati nell'altro membro, l'estremità per altro, che era la sede dell'aneurisma, non ricuperò giammai il suo calore naturale, a causa dell'enorme volume dell'aneurisma, e della gran quantità del sangue coagulato, contenuto nel sacco, che esso formava, il quale impediva al sangue di circolare liberamente nell'interno di detto sacco. Questo membro non ricuperò giammai il suo natural calore, poichè vi furono sempre sette gradi di differenza nella temperatura delle due estremità inferiori. La sensibilità, che si era ristabilita nel membro del lato destro, non ricomparve in quello sinistro. In un'aneu-

risma, in cui si combinassero l'istesse circostanze, farei l'allacciatura dell'arteria prima che il tumore aneurismatico avesse acquistato un considerabile sviluppo.

Rimane ancora a dilucidare alcune questioni relative all'allacciatura dell'aorta. Come cade ella questa allacciatura? Bisogna egli lasciarla sospesa alla piaga, o tagliarla presso il suo nodo? Si dev' egli usare a quest' effetto il compressore arterioso d'un' ingegnoso chirurgo, il sig. Crampton, o bisogna comporre l' allacciatura di qualche particolar sostanza? Quantunque nel malato, di cui ho riportato l' osservazione non sia sopraggiunta l' iofiammazione dell'addome, io per altro avrei molto temuto che, se egli fusse vissuto più luogo tempo, l'azione irritante prodotta sugl' intestini del contatto di un corpo estraneo, avrebbe finito per suscitare un' infiammazione.

Nuovo mezzo per fare l' allacciatura dell' arterie.

Il mio amico sig. Lawrence ha proposto di tagliare vicino al uodo la seta, di cui uno si serve ordinariamente per fare l' allacciature, e di far così cicatrizzare la piaga sopra l' allacciatura. Io ho osservato in una circostanza, che la corda di budello (1) è il miglior mezzo, di cui possiamo servirci, e riporterò l' esperienza, che ne ho fatta, quantunque io sia lontano dal riguardare questo punto di dottrina come deciso, ma solamente come degno di formare il soggetto di nuove ricerche.

Questo mezzo, impiegato per fare l' allacciature, si avvicina più di qualunque altra sostanza, all' organizzazione delle parti, colle quali è a contatto, e sarà per conseguenza assorbito più facilmente della seta; o se non è assorbito, non determinerà almeno una graode irritazione sulle parti.

Spero che la seguente osservazione sarà di qualche utilità, e potrà interessare i chirurghi atteso che l' operazione fu fatta in una persona

(1) Il professor Beclard ha tentato da parecchi anni sugli animali, ed impiegato nell' uomo diverse sostanze per comporne l' allacciatura delle arterie. Queste differenti sostanze, come i peli degli animali, la seta, la corda di budello di gatto, gl' intestini dei pesci, le strisce di pelle, dei pezzi di tendine, dei filetti nervosi, il filo di lino, o di canape incerato, ec. ec. non hanno corrisposto alla sua espettativa. Questo professore ha fatto questi diversi tentativi, affine di trovare una sostanza o che sia suscettibile di essere assorbita, o incapace d' irritare le parti, dalle quali è circondata, allorchè si riuniscono i labbri della ferita sopra questa allacciatura, le di cui estremità si sono tagliate presso il suo nodo. Beclard ha osservato « che non vi è alcuna di queste » sostanze che non sia talvolta rimasta sotto la cicatrice senza manifestare la » sua presenza, e che non ve n' è alcuna che in altri casi, non abbia dato luogo » alla formazione dell' ascesso. Il volume dell' allacciatura, ma specialmente lo » stato della piaga e della costituzione del soggetto, sembrano influire più d' ogni » altra cosa sul resultato dell' operazione dell' aneurisma ». (Vedete il nuovo *Giornale di medicina e chirurgia* ec. an. 1819. pag. 254.) (*Nota del Tradut. Francese*).

in età molto avanzata, per cui vi doveva essere naturalmente minore speranza di felice successo.

Eseguii questa operazione nello spedale di *Guy*, ove dimora attualmente il malato, che forma il soggetto di questa osservazione, la quale è stata raccolta dal sig. Hey figlio e nipote dei celebri pratici di Leeds. Questo giovine, che è adesso mio scolare e mio segretario al prefato spedale, atteso l'assiduità, che egli mette nel corso dei suoi studj, e l'istruzione che ha acquistata nell'arte, è sperabile che aggiungerà ancora un nuovo lustro ad un nome, che è già riguardato dai medici come uno dei più brillanti e distinti.

Osservazione.

15. *Ottobre* 1817. Guglielmo Heydon di 80 anni, di una debole costituzione, ma che gode una buona salute, non aveva più fino da parecchi anni, un'occupazione determinata; ma faceva ogni giorno un maggiore o minore esercizio. Il suo genere di vita era stato sempre regolare. Sono tre mesi che questo uomo si accorse dell'esistenza di un tumore nel poplite, il quale pulsava, e talvolta era grosso come un'uovo di gallina. Heydon non sapeva di avere dato alcuna causa a questo tumore, e non ci potè dare che dei deboli lumi sulla storia di questa sua malattia. Il volume del tumore aumentò di molto in poche settimane, e le pulsazioni divennero così forti, che il malato fu a consultare un chirurgo, il quale avendo riconosciuto l'esistenza dell'aneurisma, lo consigliò d'entrare nel nostro spedale.

Il tumore era a quest'epoca più grosso d'un'uovo, e compressibile; le sue pulsazioni erano fortissime e molto apparenti, e il calore della pelle era naturale. Il polso, quantunque lento senza esser debole, era intermittente, e le pulsazioni del tumore erano perfettamente isocrone alle battute del polso. Heydon sentiva di tempo in tempo un dolore nella gamba, la quale enfiava moltissimo quando questo dolore era acutissimo. Il tumore impediva molto i movimenti dell'articolazione.

24. — Il sig. Cooper fece l'incisione, che si pratica ordinariamente nell'operazione dell'aneurisma dell'arteria (1) poplitea, e pose una sola allacciatura attorno di questa arteria; ne tagliò i due capi vicino a questo vaso, e riunì insieme i due labbri della ferita con dei cerotti agglutinativi. Egli si servì, per fare l'allacciatura, di una corda di

(1) Cioè verso la metà della coscia. Nel praticare l'operazione dell'aneurisma dell'arteria poplitea secondo il metodo d'Hunter, i chirurghi Inglesi allacciano ordinariamente l'arteria crurale un poco al disopra della parte media della coscia, sotto lo spazio inguinale. In questo essi seguono il processo consigliato da Scarpa, che è molto preferibile a quello dell'Hunter, in cui l'arteria crurale era messa allo scoperto immediatamente sopra l'apertura del terzo adduttore. (*Nota del Trad. Francese*).

budello, la quale era stata prima rammollita nell'acqua alla temperatura di 100 gradi. Le tuniche dell'arteria erano così rilasciate, che egli provò qualche difficoltà nel passare l'allacciatura attorno di essa.

A cinque ore e mezzo di sera, quattr'ore circa dopo l'operazione, il malato fu colpito da un senso di freddo, e da inquietudine nel membro, su cui era stata praticata l'operazione: la temperatura dell'estremità malata ascendeva a 80. gradi, e quella del membro sano era a 84. gradi. Il polso, che dava 77. battute al minuto, era pieno e irregolarissimo; ma non intermittente.

25. — Heydon non ha passato una buona nottata; ma sta meglio nella mattina La temperatura del membro operato era a 84. gradi, e quella del membro sano a 92. gradi. Il polso dava sessanta battute, ed era raramente intermittente.

26. — Il malato ha passato una buona nottata, e sta molto meglio, quantunque si lamenti ancora di tempo in tempo di sentire un violento dolore nella gamba malata: la temperatura del membro operato è a 89. gradi; quella del membro sano è a 92. gradi; il polso è intermittente ogni dieci, o dodici battute.

27. — Stesso stato della veglia Temperatura del membro operato, 89. gradi; del membro sano, 87. gradi.

28. — La piaga è stata medicata per la prima volta, dopo l'operazione; i suoi labbri erano riuniti; il polso presentava molte anomalie in quanto alle sue intermittenze, ma queste erano assai meno frequenti che prima dell'operazione.

29. — Temperatura del membro malato, 89. gradi; del membro sano, 87. gradi.

30. — La temperatura del membro malato è a 89. gradi; e quella del membro sano a 93. gradi. Il tumore del poplite è molto diminuito di volume, e non è più pulsante; non si sente neppure battere l'arteria tibiale anteriore, nè la posteriore, sebbene sembri operarsi liberamente la circolazione nelle vene superficiali.

31. — La temperatura del membro malato è a 90. gradi; quella del membro sano a 91. gradi.

Novembre 1. — Temperatura del membro operato, 91. gradi; del membro sano, idem.

7. — Continuazione del miglioramento; non è stata osservata che una leggiera variazione nella temperatura del membro, o nello stato del tumore aneurismatico, il quale continua a scemare progressivamente. I labbri della piaga sono intieramente riuniti, e non soffrono alcuna specie d'alterazione.

15. — Il tumore continua a diminuire di volume, ed è assai più molle, che avanti l'operazione; non si sente pulsazione alcuna nell'arteria tibiale anteriore, e nella posteriore: il malato gode buona salute, e può camminare per la sala coll'ajuto di una gruccia.

24. — Il miglioramento continua: nissun sintoma proprio ad annunziare uno stato d'irritazione, si manifesta per parte dell'allacciatura; nissuna pulsazione nelle arterie tibiali anteriore, e posteriore.

Tre settimane dopo l' operazione, il malato camminava per la sala con una gruccia; e nella prima settimana non provò alcun' altra penosa sensazione, se non un senso di freddo nel piede del membro operato, accompagnato da un leggiero dolore al calcagno.

Dicembre 17. — Questo vecchio gode buona salute; cammina senza gruccia, e senza bastone; il tumore è ridotto a piccolissimo volume, e la parte, su cui era stata praticata l' incisione, non presenta alcuna traccia d' irritazione.

Confesso che questa guarigione mi fece provare un gran piacere: l' età così avanzata del malato, il modo, con cui fu praticata l' operazione, l' assenza di qualunque irritazione generale, e per conseguenza di qualunque pericolo, ed il suo pronto ristabilimento, mi fanno sperare che l' operazione dell' aneurisma può essere semplicizzata assai più di quello, che non lo è stata fin qui.

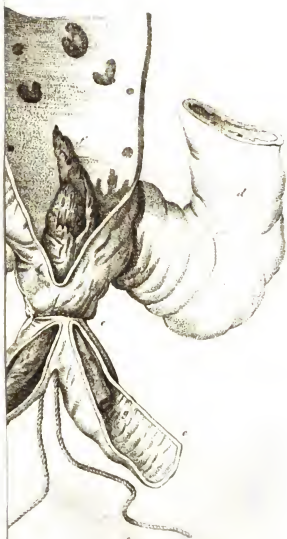
TAVOLA VII.

Fig. 1. Allacciatura dell' aorta nella sua parte anteriore: *a*, *a*, aorta; *b*, biforcazione di questa arteria; *c*, *c*, arterie iliache; *d*, arteria mesenterica superiore; *e*, *e*. arterie emulgenti; *f*, duodeno, che incrocia l' aorta; *g*, allacciatura situata attorno dell' aorta, al disopra della sua biforcazione; *h*, grumo nell' arteria iliaca sinistra.

Fig. 2. Veduta dell' aorta nella sua parte posteriore: *a*, *a*, aorta; *b*, biforcazione dell' aorta; *c*, *c*, arterie iliache; *d*, *d*. duodeno; *e*, allacciatura applicata sull' aorta; *f*, grumo formatosi al disopra dell' allacciatura; *g*, grumo nell' arteria iliaca destra; *h*, grumo nell' arteria iliaca sinistra; i grumi sono fortemente aderenti alla parte interna del vaso.

Questo pezzo d' anatomia patologica è conservato nel Museo dello Spedale *Saint-Thomas*.

Dopo la pubblicazione della precedente memoria, ho letto nelle *Transazioni medico-chirurgiche*, una memoria, in cui il sig. Lawrence dà i dettaglj intorno parecchi casi, nei quali l' arterie sono state allacciate colla seta, ed i capi dell' allacciatura tagliati presso il nodo. Ecco qui il resultato di queste osservazioni. Il sig. Carwardine di Texted allacciò l' arteria femorale in questa maniera, nel fare l' operazione dell' aneurisma: la ferita fu perfettamente riunita di prima intenzione.

Fig. 2

Il sig. Lawrence allacciò l'arteria femorale in un malato, che gli fu inviato dal sig. Hott di Bromley, il 29. marzo. L'allacciatura cadde alla fine di maggio, e la piaga cessò allora di suppurare. Il sig. Henrick Watson di Stourport allacciò l'arteria femorale a causa d'una ferita di questo vaso; l'allacciatura venne fuori in meno di due mesi. Il sig. Hodgson allacciò l'arteria cubitale; si manifestò una gonfiezza attorno il nodo dell'allacciatura, la quale fu tolta via per mezzo d'un'incisione, praticata cinque o sei mesi dopo l'operazione. Il sig. Cumin di Glasgow ha mandato al sig. Lawrence il nodo d'una allacciatura, che era stato rigettato da un moncone due o tre anni dopo l'operazione. (Consultate le *Transazioni medico-chirurgiche*, vol. VIII.)

MEMORIA

SUL FIMOSI, ED IL PARAFIMOSI

DI TRAVERS.

Molti pratici non prendono di mira nella cura che il carattere specifico della malattia venerea, e trascurano di combattere con i convenienti mezzi l'infiammazione delle parti affette; e quindi è che io ho veduto un gran numero d'inconvenienti prodotti dall'amministrazione del mercurio, allorchè l'infiammazione è portata al più alto grado.

Disgraziatamente si ordina troppo spesso il mercurio nelle gonorree acute, e nell'ulceri recenti, accompagnate da un fimosi, o minacciate da questa complicanza. I medici sono ben lungi dal pensare che il mercurio non può essere amministrato internamente, allorchè il tessuto cellulare è affetto d'un'infiammazione attiva, e son pure ben lungi dal calcolare tutti gl'inconvenienti, che risultano dall'amministrazione di questo rimedio in tal circostanza. L'infiammazione gangrenosa, che fa dei prontissimi progressi, e distrugge rapidamente il pène in alcune persone, che sono molto irritabili, e i tegumenti dell'orifizio della vagina delle giovani donne d'un delicato temperamento, è prodotta, come io ne sono convinto, dall'uso antirazionale del mercurio, piuttosto che da altra causa.

L'osservazioni riferite in questa memoria, mi sembrano molto proprie a dimostrare sotto un terribile aspetto gli effetti prodotti da un commercio impuro con una donna, non infetta da lue celtica, ma che dà luogo a dei gravi accideuti, e puramente locali in principio. Potremmo facilmente dimostrare, se ciò fusse necessario, che questo soggetto non è mai stato contemplato sotto questo punto di vista nè dagli antichi, nè dai moderni. I disgraziati risultati, che dettaglierò, hanno raramente luogo nella pratica particolare, ciò, che prova all'evidenza che sono prodotti o dalla negligenza, o da una cura antirazionale, e che si può facilmente rimediare in principio a simili accidenti: ma noi vediamo continuamente nello spedale, o nelle case dei poveri, degl'individui, nei quali è stato internamente amministrato il mercurio, e che sono attaccati da un'infiammazione portata al più alto grado, e sul punto di terminare per gangrena; questo stato morboso è frequentemente cagionato per colpa dei ma-

lati, e sovente. bisogna convenirne, dalla loro docilità a seguire i consigli delle persone, che godono la reputazione di ben conoscere queste malattie.

Origine del fimosi, prodotto dalla tumefazione del glande.

La più frequente causa della complicanza del fimosi e della gonorrea è prodotta dalla tumefazione del glande, proveniente da una congestione inflammatoria, come quella, che accompagna sempre con maggiore o minor forza, la gonorrea virulenta, o sovente un' ulcera sul glande. L' infiammazione del canale dell' uretra, che è la sede della gonorrea, o l'irritazione d' un' ulcera, quantunque poco considerabile, fa circolare il sangue nei corpi spongiosi della verga, e se non s' impiegano i più attivi mezzi antiflogistici, il prepuzio sovente si ristringe; allora le superficj del glande e del prepuzio restano allo scoperto, e si trovano bagnate dallo scolo; il prepuzio si ristringe a causa della tumefazione progressiva della corona del glande, e non può essere portato in dietro se non con moltissima difficoltà, e con vivo dolore.

Fimosi prodotto dalla tumefazione del prepuzio.

Il fimosi è prodotto ugualmente dall'edema inflammatoria del prepuzio, a cui questa parte è molto soggetta a causa dell'abbondanza e dello stato di rilasciamento del tessuto cellulare, che entra nella sua composizione. Quest' edema si manifesta in conseguenza della più leggiera irritazione, come una infiammazione gonorroica, una escoriazione, un' ulcera, un bottone sul prepuzio. Lo straordinario afflusso del sangue. e il ritorno di questo fluido, che si trova ritardato, sono favoriti dalla posizione del pene, naturalmente situato in basso, posizione che è assai svantaggiosa per la guarigione. Il glande, compresso dall' allargamento della callotta del prepuzio fortemente infiammato, si ritira dietro l' apertura del prepuzio medesimo che l' inviluppa totalmente.

Flusso gonorroico.

In queste due specie di fimosi, l'abbondante e continuo scolo della materia gonorroica è trattenuto nella membrana, che dal prepuzio si ripiega sul glande. Questo scolo proviene sovente dall' infiammata superficie della corona del glande, e del prepuzio, e talvolta la gonorrea è intieramente esterna. Le fessure e le screpolature del tessuto cutaneo, che inviluppa queste parti, si manifestano sovente fin dal principio della gonorrea, e divengono la sede d' una irritazione e d'un' esulcerazione; l' infiammazione si dissipa, e talvolta lo scolo fornito dalle ulceri si arresta, a causa delle aderenze, che si sono formate fra le superficj del glande, e del prepuzio, situate l' una di faccia all'altra, e un fimosi permanente è una natural conseguenza di questa guarigione.

In generale questo fimosi non è completo in principio; ma è facile il concepire che il prepuzio e il glande possono contrarre insieme delle aderenze mediante le loro superficj ciò, che necessariamente accade allorchè la malattia è pervenuta a un periodo avanzato, e questo è il caso il più frequente.

Parafimosi.

Un' infiammazione erisipelatosa, accompagnata d' un' edema considerabile, e la tumefazione anasarcatica del prepuzio, danno ordinariamente luogo al parafimosi. Questa malattia è prodotta nella maggior parte dei casi, o da una qualche causa accidentale, o in un modo artificiale, o non è la conseguenza naturale di uno stato morboso; bisogna per altro eccettuare i casi, in cui le parti sono mal conformate, e quelli, nei quali una porzione del prepuzio è stata distrutta da ulceri. Il parafimosi è per conseguenza meno frequente del fimosi. Il malato dà sovente luogo al parafimosi nel volere prevenire la formazione del fimosi, o rimediare a un fimosi incipiente. Nel parafimosi il prepuzio e il glande sono tumefatti, come nel fimosi, ed in esso si manifesta pure uno stato edematoso, simile a quello, che nasce nel fimosi, e se questa tumefazione fa dei progressi fintanto che si formino delle aderenze fra il prepuzio e il glande, essa dà origine agli stessi inconvenienti, che si manifestano, come ho detto di sopra, in seguito del fimosi, giacchè queste due malattie sono cagionate da uno stato di costrizione. Il dolore occasionato dal parafimosi, e gl' inconvenienti prodotti dalla difformità del glande, rimasto costantemente allo scoperto, e dal considerabile allargamento del prepuzio, richiamano sollecitamente l'attenzione; ed è facile di ridurre il parafimosi per mezzo delle scarificazioni, fatte a proposito sull' ingorgato prepuzio, delle fomente, e di una compressione esercitata sul glande, mezzi tutti, che sono ordinariamente coronati da felice successo. D'altronde, siccome il glande è allo scoperto, non si osservano quei sintomi, che rendono così pericoloso il fimosi.

Eistero ha osservato che il parafimosi è sovente prodotto dal coito, allorchè il pene è troppo voluminoso, e la vagina molto stretta, ed egli fa delle riflessioni sugl' ingiusti sospetti delle persone maritate di recente, le quali dubitano della verginità delle loro spose a causa di una circostanza, che dovrebbe anzi far concepir loro un' opinione diametralmente opposta intorno le loro spose medesime.

Il fimosi ed il parafimosi sono talvolta prodotti da cause, indipendenti dall' atto del coito. = I giovanetti, dice il Latta, si cagionano sovente un parafimosi, perchè nel masturbarsi tirano con tanta forza in dietro il prepuzio, che non possono più fargli ripassare il glande, e siccome si vergognano a far vedere la loro malattia, e la nascondono perciò per del tempo, il prepuzio ed il glande finiscono talvolta per infiammarsi, e si tumefanno considerabilmente; ed ho visto ancora dei casi, in cui era sopraggiunta la gangrena in queste parti, prima che i malati avessero consultato un medico =

Io ho ultimamente osservato un parafimosi dolorosissimo, accompagnato da tumefazione nei testicoli, che era stato causato da un colpo, e un altro, che era stato prodotto dall' irritazione, mantenuta da un capello situato dietro la corona del glande, ov' era nata anche per la stessa causa una superficiale esulcerazione.

Allorchè il volume del corpo della verga, o del glande si tumefà considerabilmente nel fimosi e nel parafimosi, il canale dell' uretra soffre momentaneamente una costrizione, capace di dar luogo ad una parziale ritenzione d' orina: questa grande irritazione si propaga dal collo della vessica all' estremità del pene, ed il canale dell' uretra, attaccato da una forte infiammazione, prontamente si esulcera.

= È facile di comprendere, dice Bichat, come l' infiammazione dell' uretra può cagionare la ritenzione d' orina. Basta solo rammentarsi che questa infiammazione (principalmente quella del tessuto cellulare) è sempre accompagnata da tumefazione, e che il calibro dell' uretra viene a essere necessariamente diminuito dalla tumefazione delle pareti di questo canale. =

Ulcera del prepuzio.

Allorchè si è formata un' ulcera profonda, o superficiale nel glande, appena che si ricopre dell' escara, si dissipa la tensione, che si era manifestata in questa parte; l' orina s' infiltra fra il prepuzio, che si è allungato, e vi produce dell' ulceri circoscritte, a traverso le quali scola questo liquido. L' esulcerazione del prepuzio, che è prodotta dall' orina, che vi soggiorna, perchè l' orifizio di quest' organo è chiuso dalle aderenze, che vi si formano, fa dei considerabili progressi; e in fatti, questo liquido si stravasa nelle cellule della membrana, che unisce il glande al prepuzio, e dà luogo alla gangrena, che mette allo scoperto tutto il corpo della verga fino al pube. L' orina scola dagli esulcerati orifizj dell' uretra, e la permanente irritazione prodotta dal contatto di questo liquido, che scola goccia a goccia, aumenta ed aggrava la gangrena. Io vedo sovente nello spedale degl' individui, il cui general sistema delle forze è stato indebolito da enormi dosi di mercurio, i quali sono attaccati nell' esterna parte del pene da una infiammazione erisipelatosa, che vi produce la gangrena, e fa cadere la verga presso il pube, e non vi rimane che il vestigio del bulbo, sotto la forma d' un tubercolo carnoso, situato sotto la sinfisi del pube, e l' orina scola a traverso di questo tubercolo.

Tumefazione delle grandi labbra, del clitoride e delle ninfe.

La gonorrea virulenta è accompagnata tanto nelle donne, che negli uomini, da tumefazione delle parti esterne. Il volume delle grandi labbra diviene sovente enorme, e queste parti ricuperano assai lentamente le loro naturali dimensioni, quando non vi si dichiara la

suppurazione. Talvolta si gonfia solamente il clitoride, e il suo prepuzio, e le ninfe divengono compatte, dure e allungate, qualora non se ne procuri la riduzione. Del resto, la differenza della struttura degli organi, produce una differenza anche nei sintomi, e nella sede della malattia, e raramente le donne sono esposte nella gonorrea, al pericolo della gangrena.

Differenti specie di fimosi.

Il fimosi si divide in tre specie.

La prima specie è caratterizzata dalla tumefazione del glande, o del prepuzio: questo fimosi può esser facilmente ridotto, usando per lungo tempo dei mezzi proprj a diminuire l' infiammazione, e il volume delle parti tumefatte.

La seconda specie è caratterizzata da una fortissima infiammazione, che si manifesta in conseguenza d' un fimosi cronico. In questo caso, la tumefazione è così eccessiva, che comprime e ristringe il canale dell' uretra; e se non si giunge a diminuirla, si forma la suppurazione, l' esulcerazione dell' uretra, lo stravaso dell' orina, e la gangrena dei tegumenti.

La terza specie ha luogo allorquando il fimosi è cronico e irriducibile. In questo caso il glande, e il prepuzio sono insieme uniti per mezzo di aderenze prodotte a cagione della cicatrice stabilita fra le loro superficj, che sono state attaccate dall' infiammazione. In questa specie di fimosi, si forma un ascesso, o un' ulcera fistolosa sul prepuzio, che è allungato, e oltrepassa il glande; il tessuto cellulare del prepuzio è intieramente obliterato e serrato, e presenta l' istesso volume, o sovente l' istessa forma del glande.

In questa specie di fimosi si trovano sovente sul glande un gran numero di porri vascolari. Talvolta l' ulcera trasforma il glande in un piccolo bottone; si trova difficilmente il canale dell' uretra, il cui orifizio è molto ristretto, e si può appena introdurre in questo canale l' estremità di una piccola siringa.

Cura.

Nella prima specie di fimosi, il miglior metodo di cura locale è di fare delle iniezioni d' acqua tiepida, o di latte e acqua sopra la pelle, dei bagni locali nell' acqua tiepida, replicati tre, o quattro volte il giorno, e di tenere sollevata la verga per mezzo d' un sospensorio in modo, che essa formi un angolo retto col pube. Si può aggiungere a questi mezzi l' applicazione delle mignatte ad una qualche distanza dalla parte tumefatta. A misura che diminuisce l' infiammazione, si sostituirà all' iniezioni mentovate di sopra, quelle fatte coll' acqua vegeto-minerale allungata, o con una soluzione di alume o d' acqua di calce, e di calomelanos. L' indicazione consiste nel risolvere l' infiammazione, onde diminuire il volume del glande. Allorchè l' infiammazione è dissipata, il fimosi si riduce quasi spontaneamente.

Cateterismo mediante una siringa di gomma elastica.

Nella seconda specie di fimosi si aggiungerà ai precedenti mezzi, l'uso dei cataplasmi ammollienti, e delle fomente simili; e qualora si possa introdurre nella vessica una piccola siringa di gomma elastica, e mantenerla in questa viscera, s'impedirà l'usulcerazione dell'uretra, o almeno ci opporremo allo stravaso dell'orina, se siasi di già manifestata l'esulcerazione.

Questa pratica non è però indicata dal ristringimento dell'uretra, che è raramente assai considerabile per richiedere l'uso di cotal metodo; ma questo mezzo conviene per evitare i pericoli dello stravaso dell'orina; ond'è che non si ritirerà la siringa, se non nel caso, che la membrana mucosa del pene sia di già da qualche tempo in suppurazione. Per me penso che un tal mezzo impiegato a proposito, prevenga la rottura del canal dell'uretra.

Non si deve ricorrere all'incisione del prepuzio, allorchè è infiammato, nè di qualunque altra parte che si trova in simile stato. Io medicava poco tempo fa una persona, malata d'un fimosi, cagionato dall'ingrossamento e da uno stato di costrizione della membrana del prepuzio, accidenti nati nel tempo di una cura mercuriale interna ed esterna, istituita per guarire due ulceri, la cui ampiezza era simile a quella d'un pisello diviso pel mezzo, e che occupavano ciascun lato della ripiegatura anteriore del prepuzio. Un abil chirurgo era di opinione che queste ulceri, ribelli alla medicatura, non sarebbero guarite finchè non si fosse largamente inciso il prepuzio. Essendo anch'io di questa opinione, feci la detta operazione, dopo avere per qualche tempo applicato dei cataplasmi ammollienti sul prepuzio. L'ulceri si cicatrizzarono immediatamente, ma la piaga presentò ben presto l'istesso carattere atonico, che avevano offerto le ulceri, e guarì così lentamente, che la malattia sembrò essersi trasportata solamente da un luogo all'altro.

Allorchè la tumefazione del prepuzio è portata al colmo, che l'orina trattenuta in questa parte è in gran quantità, e che la livida decolorazione della pelle annunzia la prossima sopravvenienza della gangrena, incido il prepuzio; ma quantunque questa operazione mitighi non poco i sintomi, non si effettua però che lentamente la guarigione della piaga, proveniente dall'operazione.

Il lettore troverà alcune giudiziose osservazioni su questo soggetto nell'opere chirurgiche di Desault, redatte da Bichat, all'articolo *ritenzione d'orina nell'uretra*, tom. 3. pag. 119. 249.

Osservazione.

Giugno 13. 1816. Giovanni Baker di 19. anni, aveva fin da sei mesi contratto una gonorrea. Egli faceva uso da poco tempo del mercurio, che gli era stato consigliato da uno dei suoi amici, allorchè si dichiarò una infiammazione nella verga. Il pene era molto gonfio, e intieramente in

fiammato fino al pube, ed aveva luogo uno scolo purulento e abbondante dal prepuzio, che era divenuto edamatoso, esulcerato e gangrenato vicino al glande.

Prescrizione: Pozione aperitiva; cataplasma ordinario.

Il glande, che si vede a traverso l'orifizio sfacelato del prepuzio, apparisce in uno stato sano.

Prescrizione: Decotto di china-china combinato con un'acido; cataplasma.

27. La porzione superiore del prepuzio è caduta, l'inferiore è sospesa, i progressi della gangrena sembrano arrestati; l'infiammazione è dissipata.

Luglio 3 La parte del prepuzio, che si è conservata, si contrae e si copre di bottoni carnosi di buona natura.

Nel mese d'agosto, le parti presentarono ancora un aspetto proprio ad annunziare una recidiva, ma rimediai a questo stato usando una lozione fatta coll'acido nitrico, e continuando l'uso della china.

Settembre 18. — Guarigione dell'ulceri. Il malato esce dallo spedale.

Osservazione.

Aprile 11. 1816. — Tommaso Adams di 42. anni, entrò nello spedale a cagione d'un abbondante emorragia dal pene, accompagnata d'un fimosi, che esisteva fino da 15. giorni, e d'un ulcera profonda sul glande. Niente annunziava che il malato avesse preso del mercurio.

Prescrizione: Pozione aperiente; lozione fatta coll'acqua di Goulard.

20. — Riduzione del fimosi; il glande apparisce in uno stato d'esulcerazione, ed è gangrenato in porzione; questa era la causa dell'emorragia.

Prescrizione: Lozione fatta coll'acido nitrico allungato; unguento mercuriale.

Il malato è uscito guarito dallo spedale, cinque settimane dopo, che vi era stato ricevuto.

Osservazione.

Novembre 16. 1817. — Dennis Prendergast di 34. anni, aveva subìto una cura mercuriale, la quale, sei settimane indietro, gli aveva provocato la salivazione. Gli era stata prescritta questa cura a causa di un ulcera profonda sul prepuzio, che fu seguita dal fimosi. Il prepuzio si era fin d'allora molto tumefatto e allungato, e presentava dai lati un'apertura, affetta d'un ulcera quasi gangrenosa, a traverso la quale scolava l'orina, giacchè dell'aderenze otturavano la naturale apertura del prepuzio.

Prescrizione: Cataplasma colla lozione nera.

Dicembre 1. — L'ulcera prende un aspetto lodevole; il prepuzio è sempre nello stesso stato, ma non è infiammato. Passai un bisturì curvo a traverso la chiusa estremità del prepuzio, e lo feci uscire dal luogo esulcerato, che era un pollice e mezzo distante, e pervenni così a circoscrivere la parte del prepuzio, che si prolungava in avanti, e che era obliterata. Appena rimaneva qualche vestigio del glande; l'orifizio

dell' uretra sul dorso della verga era strettissimo, e difficilmente si distingueva.

Prescrizione: Cerotto semplice; cataplasma; una porzione di candeletta è introdotta nell' orifizio dell' uretra.

20. — Piaga quasi cicatrizzata; il malato andò sempre di bene in meglio dopo l' operazione, perchè l' orina scolava liberamente. Esso si lagnò di sentire dei dolori reumatici, per cui prese la polvere composta, e il decotto di salsapariglia. Esce guarito dallo spedale.

Osservazione.

Febbrajo 8. 1816. — Alfredo Wright di 19. anni, d' una costituzione scrofolosa, era quattro mesi che aveva una gonorrea, per la quale prese del mercurio, che produsse un leggiero incomodo in bocca. Durante questa cura, la verga si tumefece assai, si manifestò il fimosi, e il prepuzio si gangrenò così estesamente, che il glande passava a traverso la parte superiore del prepuzio medesimo. La parte, che rimaneva della callotta del prepuzio, il freuulo e la parte anteriore del glande erano parimente gangrenati, l' orina scolava da un apertura situata sùl dorso della verga, dietro la corona del glande, ov' era situata un ulcera profonda, non circoscritta, che si estendeva molto, ed era la sede d' una viva irritazione.

Prescrizione: Pozione aperiente: antimonio tartarizzato, un quarto di grano, oppio, un grano, mescolate e fate una pillola, che il malato prenderà ogni sera. Decotto di china, un boccale il giorno di birra forte; un cataplasma fatto colla birra fu applicato sull' ulcera Questi rimedj furono rimpiazzati da una lozione fatta coll' acido nitroso allungato, e da un cataplasma ordinario; e allorchè l' ulcera apparve spogliata, prescrissi una soluzione di nitrato d' argento, l' unguento fatto col mercurio dolce, e l' unguento composto colla polvere della pietra calaminare.

La salute del malato si ristabilisce lentamente, ma progressivamente; l' ulceri si cicatrizzano.

Uscita del malato dallo spedale nel mese di maggio.

Qualche tempo dopo uscito dallo spedale, Wright fu attaccato da un'ulcera di cattiva natura sull'unghia del dito indice della mano sinistra. Tornò allo spedale, di dove se n' andò poco dopo, essendo stata guarita l' ulcera con una soluzione di nitrato d' argento. Un nutrimento malsano, e la negligenza del malato, diedero luogo alla riproduzione dell'ulcera, ed egli rientrò nello spedale quando l' ulcera aveva già fatto dei rapidi progressi, e si era estesa fino alla seconda falange. Differenti lavande furono impiegate per combattere questo stato, e furono anche amministrati molti rimedi internamente, ma non poterono arrestare i progressi della gangrena. Una forte lozione d' acido muriatico riuscì finalmente ad arrestarli Si stabilì una linea di demarcazione fra le parti morte, e le parti sane; la prima falange cadde, e siccome i tegumenti della parte inferiore erano sani, e situati al disotto dell' articolazione, furono ricondotti in avanti, come vi si riconduce un lembo dopo un

amputazione, e l'ulcera si cicatrizzò, formando un moncone molto ben fatto, senza il soccorso del bisturì.

Luglio 24. — Il malato uscì guarito dallo spedale,

Osservazione.

Aprile 11. 1816. — Carlo Wood di 33. anni, era attaccato da un ulcera di cattivo carattere, situata sul pene, la quale aveva distrutto il prepuzio e il glande, e corrodeva profondamente il corpo della verga. L'orina scolava a traverso un'apertura, situata sul dorso della verga Il malato aveva contratto questa malattia da sei mesi. Aveva fatto una cura mercuriale a causa dell'ulceri, che aveva sul glande e sul prepuzio, e d'un fimosi. da cui era attaccato; ma le parti infiammate si erano gangrenate in conseguenza di questa cura, che aveva provocata la salivazione. Al suo ingresso nello spedale, questo malato aveva un'ulcera dolorosissima, nella quale esisteva una grande irritazione, i cui bordi non erano circoscritti, e si vedevano circondati da un colore livido. Il malato aveva ancora un bubbone in ciascun'inguine, che erano nello stato di suppurazione.

Prescrizione: Cataplasma, decotto di china, pillole composte di dieci grani di mercurio e d'un grano d'oppio, da prendersi ogni sera.

26. — L'ulcera del pene e i bubboni si spogliavano, e si coprivano di bottoni carnosi.

29. — L'ulceri hanno un'aspetto assai lodevole, ma la bocca è leggermente dolente; Wood si sente molto più aggravato, e si lamenta di una cefalalgia, d'un languore, e d'un'oppressione alla regione precordiale. La sua pelle è coperta di macchie colore di scarlatto, depresse e scabre.

Sospensione delle pillole mercuriali, pozione aperiente, decotto di china; un boccale di birra forte ogni giorno.

Maggio 4. — L'eruzione è sparita; nel totale della salute ei sta meglio, ma l'ulceri sono in uno stato d'atonia.

Continuazione delle pillole mercuriali senz'oppio.

20. — La salute del malato si è ristabilita sotto tutti i rapporti. Cicatrice dell'ulceri. — Esce dallo spedale.

Osservazione.

Agosto 15. 1816. — Giovanni Weston, di 29 anni, era attaccato fino da sei mesi da un fimosi, che si era manifestato nel tempo, che prendeva del mercurio, a causa d'una gonorrea, di cui era infetto. Due giorni avanti il suo ingresso nello spedale si obliterò l'apertura del prepuzio, e l'orina, aumentandosi sotto di esso, distendeva enormemente i tegumenti della verga, i quali si gangrenarono. Appena era in due giorni scolata qualche goccia d'orina.

Prescrizione: Cataplasma ammolliente.

16. — In questo giorno si manifestò dopo pranzo un'abbondante

scolo di una materia purulenta e saniosa, mescolata con orina, che sollevò molto il malato. La tumefazione della verga diminuì assai, e l'orina scolò la mattina a traverso le parti gangrenate. Si stabilì su i tegumenti in mezzo del dorso della verga, una linea di demarcazione fra le parti sane, e le parti gangrenate: il polso dava 112. battute, ed era piccolo e debole; costipazione, lingua sordida, traspirazione abbondante.

Prescrizione: Pozione catartica da prendersi subito, e che sarà replicata in caso di necessità, decotto di china, birra forte, lozione fatta coll'acido nitroso: cataplasma.

19. — Il prepuzio gangrenato è caduto, e si manifestano dei bottoni di buona natura sulla linea di demarcazione, che esiste fra le parti sane e le parti gangrenate. Il glande non è malato.

21. — L'ulcera prende un aspetto lodevole, la suppurazione è di buona natura. Cerotto fatto colla pietra calaminare.

31. — Bottoni di buona qualità; l'insieme della salute è sodisfacentissimo.

Settembre 18. — Cicatrice dell'ulceri. Il malato esce dallo spedale.

Osservazione.

Luglio 4. 1816. — Carlo Barber, di 28 anni, di debole costituzione, il quale aveva sofferto molte privazioni, aveva contratto già da nove mesi, una gonorrea virulenta, seguita da un fimosi, il quale non essendo stato ben medicato, aveva dato luogo all'esulcerazione del prepuzio. Questo malato cadde allora nelle mani d'un ciarlatano, che gli amministrò il mercurio in gran quantità. Il prepuzio si gangrenò prontamente nel tempo che il malato salivava. Allorchè quest'uomo entrò allo spedale, il suo pene, i di cui tegumenti si erano intieramente staccati, era caduto presso il pube, essendosi distrutto il ligamento sospensorio di esso. I tegumenti, che ricoprono il pube, erano gangrenati, e fu introdotta una siringa sotto la sinfisi del pube in vessica, alla profondità presso a poco di due pollici; l'orina scolava a traverso l'aperture fistolose, situate sotto il dorso della verga. Il polso era frequente e debole; ma il malato aveva un buon appetito, dormiva bene, non soffriva che dei leggieri dolori, e provava una reazione molto meno forte di quella, che ci saremmo potuti aspettare.

Luglio 5. — Prescrizione: Pozione aperiente, decozione di china con la confezione aromatica, un boccale o due di birra forte il giorno, e un cataplasma di semi di lino.

9. — Miglioramento in quanto allo scolo, ma continnazione della gangrena: lozione fatta coll'acido nitroso; cataplasma.

13. — Il polso era buonissimo, e l'ulceri avevano il più sodisfacente aspetto; il malato soffre un vivo dolore alla sinfisi del pube, all'inguini, e alle coscie.

15. — Polso più pieno e più lento; i progressi della gangrena sono arrestati, e si sviluppano dei bottoni carnosi sulla verga, e sul pube.

12. — Scroto decolorato ed escoriato: uso dell'acqua vegeto-minerale; l'ulceri sono in uno stato d'atonia, e lo scolo purulento è abbondantissimo.

27. — L'ulceri sono in uno stato molto migliore.

31. — Scolo ancora abbondante, ma lodevole. Il malato non soffre più dolori. L'escoriazioni dello scroto terminano in escare, che danno luogo nel distaccarsi, a delle ulceri sulla parete, che divide questa borsa, e nelle sue vicinanze.

Agosto 26. — L'ulcere situata sul pube e sulla verga si cicatrizza in modo, che l'orina comincia a passare in gran copia pel suo ordinario canale: l'ulceri vanno migliorando mediante le lozioni, fatte coll'acido nitroso.

Settembre 4. — L'orine scolano tutte per il canale dell'uretra; la salute del malato va migliorando ogni giorno: l'estesa superficie, che la gangrena aveva messa allo scoperto, e l'ulceri, che erano nate sullo scroto, si cicatrizzarono nel mese d'ottobre, epoca in cui il malato uscì guarito dallo spedale.

Noi dobbiamo espor quivi alcuni dettagli sul metodo curativo, proprio a combattere li stati morbosi, simili a quelli di cui abbiamo descritto i sintomi. Questi consigli terapeutici sono principalmente indirizzati alle persone, che hanno preso del mercurio prima, che questo medicamento fosse bene indicato, e che forse non avrebbero dovuto usarlo. L'indicazioni principali si riducono a detergere la superficie dell'ulceri, e a sostenere le forze del malato. Allorchè i corpi cavernosi sono messi allo scoperto, bisogna introdurre una siringa nella vessica, per impedire che l'orina, nello scolare e nell'escoriare le parti, non produca delle nuove ulceri sullo scroto e sul pube, e per prevenire ancora l'obliterazione del canale dell'uretra, conforme ce n'offre un esempio la seguente osservazione.

Osservazione.

Un marinaro, che da qualche mese si trovava allo spedale, a causa d'un'ulcera nella gola, fu attaccato dalla disuria. Un'ulcera nascosta da un fimosi, aveva raccorciato il pene di questo malato, divorando una gran parte del glande e del prepuzio nel tempo, che egli era nello spedale della marina, un'anno prima il suo ingresso nel nostro. La cicatrice di quest'ulcera aveva obliterato il canale dell'uretra, e nell'esaminarlo per mezzo d'una siringa e d'una candeletta elastica, lo trovai obliterato distante un pollice dal suo orifizio. L'orina rendeva, nello scolare a goccia a goccia, questa parte così dolente, e vi cagionava tanta irritazione, che il malato soffriva il più vivo dolore, anche quando s'introduceva nell'uretra il più piccolo strumento. Allora si formò un'ascesso nel corpo spongioso della verga, dietro il ristringimento dell'uretra, e nell'aprirlo diede esito all'orina, che era mescolata col pus. Questa apertura mi procurò il mezzo di poter facilmente introdurre una siringa in vessica, ove fu mantenuta, e fece cessare la disuria; aprii allora con un bisturì

stretto e curvo, con passaggio nella parte superiore della verga, nel luogo, ove l'uretra si era obliterata. Una siringa fu introdotta nel canale, e una minugia fu situata a traverso questa nuova uretra; ma quando potei farci passare una siringa, e introdurla in vessica, onde ristabilire la continuità del canale urinario, temendo il malato di dover subire una nuova operazione, uscì prontamente dallo spedale, rinunziando così ai vantaggj, che poteva ritrarre da questa cura.

Utilità dell' operazione.

Allorchè il fimosi è antico e cronico, non si può mettere in dubbio l' utilità di dividere, o di circoncidere il prepuzio, e si segue l'uno, o l'altro di questi metodi, secondo l' indicazioni. Io non ho potuto ritrarre i vantaggj, che alcuni pratici pretendono di avere ottenuto, dall' uso delle tente colla spugna preparata, o di qualunque altro dilatatore, che ho inteso preconizzare da quei medici, che riguardano tali mezzi come proprj a sostituirsi all' operazione. Trew ha inventato uno strumento dilatante, composto di due placche elastiche, che egli introduce dentro il prepuzio, e che dilata a volontà per mezzo d' una vite (1). Allorchè si è operata la guarigione delle parti, i malati non vogliono più sottoporsi a un' operazione, per rimediare a un semplice incomodo. Ma in questo caso si devono espor loro, per impegnarveli, parecchie ragioni, proprie a farne conoscere tutta l' utilità.

Le malattie prodotte da un fimosi permanente sono più numerose di quelle, che sono cagionate da un fimosi recente. L' osservazioni, nelle quali il sig. Hey dimostra, che un' ulcera di cattivo carattere complica il fimosi congenito, sono proprie ad illuminarci su questo punto di dottrina, ed esorto il lettore a consultarle (2).

Il fimosi congenito non è raro. Esso dà luogo a parecchj inconvenienti, sia nell' emissione dell' orina, o nell' atto del coito. Io penso che sia piuttosto cagionato dalla poca lunghezza del frenulo, che da altre cause, e che recidendo il frenulo del prepuzio, si possano ottenere gli stessi vantaggj, che si ritraggono nel tagliare il frenulo della lingua nei bambini, che è adeso alle parti adjacenti. L' ulceri del pene, la cui guarigione si opera difficilissimamente, sono ordinariamente complicate col fimosi recente o primitivo, ed ho osservato che queste ulceri guariscono prontamente negli ebrei, perchè il loro glande è allo scoperto.

(1) Consultate la Chirurgia d' Eistero, vol. II. tavol. 26. fig. 5. Io penso come questo Autore, che questo strumento, o qualunque altro mezzo dilatante, non potrebbe esser molto vantaggioso. Il tessuto della pelle del prepuzio è così sottile, che si strappa, quando si vuole distendere per forza.

(2) Ved. la sua opera intitolata: *Pratical observations in Surgery*, 2.e ediz. capit. 14. Sul cancro del pene.

Osservazione.

Agosto 7. 1817. Guglielmo Hollington di 19. anni, soffrì d'un fimosi congenito, il quale non gli cagionò che pochissimi inconvenienti fino all'epoca, in cui egli contrasse una gonorrea. Appena dichiarato questo scolo, il malato prese per qualche giorno delle pillole mercuriali. Durante l'uso di questo rimedio, nacque un' infiammazione sulla parte superiore del prepuzio, che terminò nella gangrena, la quale diede luogo ad un' apertura, a traverso di cui si vedeva sporgere il glande. Il prepuzio si tumefece e s'infiammò, e lo scolo divenne abbondante, quantunque fusse di assai buona natura. Prescrizione: cataplasma, e fomente ammollienti.

16. — L'infiammazione essendo assai diminuita, portai via, praticando la circoncisione, tutta la porzione del prepuzio, situata al di là della parte esulcerata. Fu di nuovo applicato un cataplasma.

20. — L'ulcera sembra in uno stato d'atonia. La faccio medicare coll'unguento fatto col nitro-ossido di mercurio.

25 — L'ulcera si cicatrizza prontamente.

Settembre 3. — Il malato abbandona guarito le spedale.

Lo sviluppo dei porri è favorito dall'esistenza d'un fimosi antico, allorchè sussiste l'infiammazione, e sovente queste escrescenze si manifestano anche quando il fimosi è recente. In altri casi, i porri producono il fimosi, come nella seguente osservazione

Osservazione.

Agosto 7. — Giorgio Beard di 19. anni, cominciò a vedere, sei settimane indietro, nascere dei porri sull'estremità del prepuzio; il loro numero e volume aumentarono a segno d'impedire al prepuzio di mettere allo scoperto il glande, il quale non era nè esulcerato, nè infiammato, secondo il rapporto del malato. Questi porri erano vascolari, fungosi, e irritabili, si sollevavano al di là dell'orifizio del prepuzio, e davano all'estremità della verga l'aspetto d'un cavol fiore. Tutti questi porri riuniti insieme presentavano la grossezza d'una noce. Dietro queste escrescenze, il prepuzio era enfiato, teso e infiammato, e vi si scorgevano diverse aperture, a traverso le quali sorgevano isolatamente dei porri, come se fussero nati dal glande. Una siringa poteva facilmente penetrare a traverso il centro della parte anteriore di questi porri, e pervenire alla corona del glande, e uscire da parecchie aperture del prepuzio.

20. — Furono tenuti costantemente applicati degl'impiastri sulle parti malate fino dal momento dell'ingresso di questo malato nello spedale, e il 20. portai via in un sol colpo con un bisturì curvo, i porri e la porzione del prepuzio, su cui si erano sviluppate queste escrescenze. Il glande messo allo scoperto, apparve sano; la maggior parte dei porri erano situati sul prepuzio; e due soli di essi assai piccoli, nascevano dal glande. Gl'impiastri furono nuovamente applicati.

27. — Su i porri, che non erano stati recisi col bisturì, vi fu applicato l'acetato di piombo, che agisce in modo efficace: i porri si esulcerarono nella loro base, ed il loro volume diminuì di molto.

Settembre 2. — Gli altri porri furono recisi colle cisoje.

4. — In questo giorno fu diviso un bordo ristretto del prepuzio; esso rinchiudeva un gran numero di porri, che erano adesi al glande con i loro peduncoli.

Dopo applicai su queste escrescenze un' unguento preparato coll'arsenico, che produsse un vantaggiosissimo effetto. Il malato uscì guarito dallo spedale.

Referirò ancora un caso di un'ulcera di cattiva natura, che si manifestò sul prepuzio e il pene, in conseguenza d' un fimosi, e che sembra essere stata cagionata dall'avere continuato ad amministrare il mercurio nel tempo dell' infiammazione.

Osservazione.

Ottobre 26. 1815, Darniel Patridge entrò nello spedale a causa di un' ulcera molto estesa, situata attorno la corona del glande, e che doveva fare dei rapidi progressi, perchè la parte sana del glande, che la circondava, era la sede d' una forte infiammazione. Otto settimane prima il suo ingresso nello spedale, il malato aveva contratto un'ulcera profonda, per cui gli fu amministrato il mercurio, che produsse prontamente la salivazione, durante la quale il prepuzio si tumefece. Si dichiarò il fimosi, e l' ulcera fece dei così rapidi progressi, che distrusse quasi il prepuzio.

Qualche tempo dopo che questo malato era entrato nello spedale, l' ulcera parve migliorare; ma in seguito ricadde in uno stato d'atonìa, e si coprì d' una crosta biancastra, della quale l'applicazione del nitrato d'argento non potè impedire le formazione.

Nel mese di gennajo, l' ulcera si cicatrizzò in parte; ma a misura che la cicatrice si formava da un lato, l'ulcera ricompariva dall' altro, e una piccola dose di mercurio, che produsse dell' irritazione in bocca, non fece in alcun modo migliorare lo stato dell' ulcera.

Febbrajo 25. — Il malato aveva preso una sufficiente quantità di mercurio per guarire l' ulcera, se fusse stata venerea. Egli non soffrì alcun sintomo consecutivo, proprio a caratterizzare la sifilide. L' ulcera presentò un carattere piuttosto carcinomatoso, che venereo. I suoi bordi erano compatti, rivolti in alcune parti in dentro, ed in altre in fuori: la sua superficie era inuguale, coperta ad inuguali intervalli di granulazioni fungose, disseminata di solchi, nei quali si separava una linfa biancastra e opaca, e tramandava un' icore poco consistente. La radice del prepuzio era divenuta carcinomatosa, e formava un'elevazione dietro il glande.

Il malato soffrì costantemente dei dolori lancinanti nel corpo del pene, e le glandule inguinali si gonfiarono alquanto, e divennero dolenti. La salute del malato, che poco avanti era robusta, si alterò non poco. La sua faccia era palida, e plumbea, ed era molto

dimagrato. Furono fatte delle applicazioni stimolanti detersive sulle parti affette, e non prodnssero alcuna specie d'effetto.

Si cambia di camera il malato (1). Furono usate le applicazioni addolcenti, e gli acidi nitrico e sulfurico, la dissoluzione d'arsenico, ed altri tonici internamente. Si ebbe ricorso all'aconito, e ad altri rimedi della stessa natura, ma senza alcun vantaggio.

L'ulcera rimase nello stato, in cui era allorchè il malato entrò allo spedale.

Marzo 25. — Feci l'amputazione della parte malata, un pollice al disopra della sede del male; il moncone guarì benissimo, ed il malato uscì ristabilito dallo spedale nel mese successivo.

Questa ulcere, semplice nel suo principio, ci sembra che sia stata resa incurabile dalla natura del metodo curativo, che fu impiegato; essa aveva preso un cattivo aspetto, e questo stato può riguardarsi come il resultato della cachessia mercuriale.

Nel riportare queste osservazioni, io ho voluto richiamare l'attenzione dei chirurghi sul primo periodo del fimosi. Consiglio i pratici a non amministrare il mercurio internamente, se non dopo avere esaminato il glande a nudo, ed a riguardare questa precauzione come una regola invariabile di terapeutica. Ho voluto impegnarli a fare una grande attenzione all'abituale ritenzione d'orina, quantunque parziale, che è occasionata dall'enorme gonfiezza del prepuzio, ed ho messo sotto i loro occhj i vantaggj, che possono ritrarre dall'introduzione in vessica d'una piccola siringa di gomma elastica, principalmente allorchè è sul punto di manifestarsi l'ulcera. Questa siringa previene lo stravaso d'orina, e protegge il canale dell'uretra nel tempo, che si opera la guarigione. Finalmente ho avuto in mira, pubblicando questa memoria, di mostrare l'utilità dell'operazione, ogni volta che il fimosi è cronico, sia egli congenito, o prodotto da uno stato inflammatorio.

Ometterò di far sentire tutta l'importanza di una questione così eminentemente pratica, che può esser riguardata come nuova dai medici anche i più vecchj. I casi di qnesta natura dovrebbero risvegliare il nostro rammarico, anche quando fussero rarissimi, ma disgraziatamente essi si manifestano troppo spesso, mentre sarebbe facile di prevenire i progressi di questa malattia, studiando il suo vero carattere, e medicandola come conviene. Queste differenti considerazioni mi hanno indotto a pensare, che potrà essere ritratto qualche frutto da queste osservazioni.

(1) Il malato era in una sala consacrata ai venerei. (*Nota del Tr. Fr.*)

SULL' ESOSTOSI

D'ASTLEY COOPER.

DEFINIZIONE.

L' esostosi consiste in un' aumento contro natura della materia ossea, che produce una circoscritta tumefazione dell' osso. Questa definizione, qnantuuque vera, salvo qualche eccezione, non si applica però a tutti i periodi e a tutte le specie di questa malattia; giacchè ho visto delle esostosi nel loro principio, ed ho osservato che la materia ossea non era anche stata depositata; ma ho giudicato, nel dissecare altri soggetti, che questa materia ossea si sarebbe depositata in seguito.

Sedi dell' esostosi.

L' esostosi ha due sedi differenti; cioè, o nel periostio, o nella sostanza midollare dell' ossa. Col nome di esostosi *periostiale*, io intendo designare un deposito di materia ossea, che ha luogo fra la superficie esterna dell' osso, e la superficie interna del periostio, la quale è fortemente adesa a queste due superficj. Dò il nome di *midollare* a un' esostosi simile alla precedente, che trae la sua origine dalla membrana midollare e dalla sostanza reticolare dell' ossa.

Divisione.

La materia, che forma l' esostosi è di due specie: *cartilaginosa*, o *fungosa*. Per esostosi *cartilaginosa* designo quella, che è preceduta dalla formazione di una cartilagine, che forma il nido, ove va a depositarsi la materia ossea. Per esostosi *fungosa*, designo un tumore, la cui organizzazione è più molle di quella della cartilagine, ma la di cui consistenza è per altro maggiore di quella dei funghi situati nell' altre parti del corpo. Questa esostosi fnngosa contiene delle

punte d'osso, è maligna, e si trova sotto la dependenza di un particolare stato della costituzione e dell'azione dei vasi. Rassomiglia alla malattia designata dal sig. Hey col nome di *fungo ematode*, prendendo in considerazione le modificazioni prodotte dalla struttura delle parti, nelle quali ha la sua sede.

L'esostosi venerea, o il nodo, è parimente cartilaginosa, quantunque sia sotto la dipendenza di una differente causa. Ma io non voglio esaminare l'esostosi sotto questo punto di vista, atteso che sarà trattato di questa specie d'esostosi in un'opera sulle malattie veneree.

L'esostosi può indistintamente attaccare tutti gli ossi, quantunque ve ne siano alcuni, ove essa si forma più di sovente, che in altri.

Ossa del cranio.

Si osservano due specie di esostosi sull'ossa del cranio, 1.° quella, che è situata fra la tavola esterna del cranio e il pericranio, ha una consistenza durissima; è, in generale, accompagnata da un leggiero dolore, e ordinariamente non è molto voluminosa. Per altro Everard Home ha ultimamente portato via un'esostosi voluminosissima con una porzione dell'osso, che esisteva nel cranio d'un malato dello spedale *Saint-George*. Sono state osservate quattro di queste esostosi, che erano situate sull'osso frontale; l'una di esse era voluminosissima, e l'altre tre meno considerabili. 2.° L'esostosi fungosa, che trae la sua origine dalla diploide del cranio, è meno consistente di quella, che ha la sua sede sulla tavola esterna dell'ossa del cranio, e presenta dei vasi più dilatati, che nella precedente. È di una natura deleteria; è stata osservata fare dei progressi a traverso la tavola interna dell'ossa del cranio, attaccare la dura madre, esercitare una compressione sul cervello, e disturbare le funzioni di questo viscere a segno, di mettere in pericolo la vita del malato.

Ossa della faccia.

L'esostosi dell'ossa della faccia è frequente. Noi possediamo nella collezione dello spedale *Saint-Thomas* un cranio, che apparteneva al cadavere d'una venditora di pesce. Questa donna morì nel prefato spedale. Essa aveva dato nell'occhio (a Billingsgate) (1), a causa del suo deforme aspetto Ella portava due ampie esostosi sotto l'orbite, nella parte anteriore delle guancie; il naso era come inchiodato fra questi due tumori, le narici erano chiuse, e ciascun'occhio sporgeva molto in fuori dalla propria orbite. Questa donna, colpita da apoplessia, fu trasportata allo spedale *Saint-Thomas*, ove morì subito. Esaminando la sua testa, trovai un'esostosi, che aveva preso origine in ciascun seno massillare. Questa esostosi produceva un'enorme tumefazione nelle

(1) Mercato, in cui si vende il pesce. (*Nota del Trad. Fr.*

guance, aveva delle radici nelle fosse orbitarie, e spingeva in fuori gli occhi della loro cavità. Dal lato sinistro l'esostosi penetrava nel cranio, passando a traverso la fossa orbitaria del coronale, ed esercitava una tal compressione sul cervello, che produceva un'eccitamento molto forte nei vasi di questo viscere, eccitamento, che diede luogo all'attacco d'apoplessia per cui morì.

Mascella superiore e inferiore.

L'arcate alveolari della mascella superiore e della mascella inferiore sono sovente la sede di questa malattia. Avvi adesso allo spedale di *Guy* un caso d'un'esostosi della mascella inferiore, che trae la sua origine dalla membrana midollare e dalla sostanza reticolare dell'osso. Questo tumore, per cui devo praticare un'operazione, della quale parlerò in appresso, si è dichiarato in una fanciulla.

Possediamo nella collezione dello spedale *Saint-Thomas* un'ampia esostosi spongiosa, situata sulla mascella inferiore; ma non conosco altri dettagli relativi a questa malattia se non che quelli, che mi ha comunicati il sig. Cline.

Una donna chiamata William, la quale è adesso nel numero dei malati esterni dello spedale di *Guy* (la sua osservazione sarà riportata più sotto in un modo dettagliato) ha un'esostosi fungosa, che s'inalza sulla sinfisi della mascella inferiore, formando sull'arcata alveolare verso i denti incisivi, due livide protuberanze, e che dà origine a un vasto fungo sul mento.

Il sig. Warin, chirurgo di *Saint-Mary-Gray*, mi fece vedere un ragazzo, la di cui mascella inferiore è affetta di una simile esostosi, la quale è divenuta in seguito voluminosissima. Ho veduto insieme col sig. Carlo Blicke, un'esostosi della stessa natura, che era situata sulla mascella inferiore. Questa esostosi è stata asportata con successo con un bisturì, e per mezzo del cauterio attuale, di cui il prefato Blicke aveva proposto l'uso.

Colonna vertebrale.

L'esostosi attacca raramente la colonna vertebrale, la quale presenta nondimeno delle ossificazioni ligamentose fra le sostanze intervertebrali. Queste ossificazioni impediscono talvolta nei vecchj, alle vertebre di eseguire i loro movimenti, e formano una protuberanza considerabile nella parte anteriore e laterale delle vertebre.

Il dottor Moncey, chè esercitava a Chelsea, e che morì in un'età avanzata, soffrì questo fenomeno, essendosi ricoperta la sostanza intervertebrale della sua colonna dorsale, di una materia ossea, che dava origine a dell'enormi prominenze. Forse io non avrei dovuto far menzione di queste alterazioni patologiche, le quali non sono vere esostosi; ma ho creduto doverne parlare a cagione dell'analogia, che esiste fra queste ossificazioni dei tessuti nel loro stato naturale, e l'ossificazioni che si osservano nei grossi vasi dei vecchj.

Ho veduto un' esostosi, che nasceva dalla sesta, o dalla settima vertebra cervicale, e forse da ambedue. Questa esostosi si era manifestata in una donna dello spedale di *Guy*, nella quale l'arteria radiale non dava alcuna pulsazione nè al carpo, nè al cubito. Le vene della mano di questa malata erano rosse, e la mano costantemente fredda, e ordinariamente intorpidita, quantunque sembrasse dolente, e si osservavano nella sua superficie delle piccole macchie gangrenose. Esaminando la parte superiore del braccio, trovai che questi differenti fenomeni erano cagionati dall' ultima vertebra cervicale, che si era gettata sulla clavicola, ed esercitava per conseguenza una compressione sull' arteria succlavia. Nel tempo del soggiorno di questa malata allo spedale, ristabilii in gran parte nel suo stato naturale il calore del braccio e della mano, mediante l'uso del calore e delle frizioni, ed arrestai con questi mezzi, i progressi di questo tumore. Quando questa donna uscì dallo spedale, il suo braccio era in un sodisfaciente stato, quantunque non si sentissero ancora nel carpo le pulsazioni dell' arteria radiale.

Ossa innominate.

L'ossa innominate sono pure talvolta attaccate dall' esostosi; ma questo tumore nasce il più di sovente sulla sinfisi sacro-iliaca posteriore, a preferenza d'ogni altra parte di quest' osso. Il sig. Boyer fa menzione d'un' esostosi del pube, che diede luogo a una ritenzione d'orina, ed impedendo d'introdurre la siringa in vessica, cagionò così la morte del malato.

Coste.

L' esostosi attacca talvolta le coste. Fui consultato per una Signora, che aveva un' esostosi molto estesa, e talvolta dolorosissima, che era precisamente situata dietro la destra mammella. Questa esostosi era durissima, intieramente immobile, e sembrava internarsi fra le coste. Pregai l'assistenti d' informarmi della morte di questa malata, che riguardava come vicinissima a causa del completo indebolimento delle forze, giacchè desiderava di esaminare le parti malate, ma quantunque ricevessi l'avviso della morte di essa, non mi fu permesso di aprirne il cadavere.

Abbiamo nella collezione dello spedale *Saint-Thomas* un pezzo d'anatomia patologica, su cui si osserva una voluminosa esostosi, che è situata tra due coste; questa esostosi sembra essere stata contenuta in un tumore, che si era manifestato fra questi due ossi.

Clavicola.

L' esostosi attacca raramente la clavicola. Noi non parliamo quivi dei tumori di quest' osso, che sono sotto la dependenza del virus venereo.

Omoplata.

Io non ho osservato sull'omoplata che un solo esempio di questa malattia.

Umero.

Ho visto un'esostosi, che era situata sull'inserzione del deltoide; questo tumore aveva la grossezza e la forma dell'estremità del dito minimo. Consigliai di non usare alcun rimedio per combatterla, atteso che era del tempo, che non faceva dei progressi, nè dava luogo ad alcun inconveniente Possediamo nel Museo dello spedale *Saint Thomas* una voluminosissima esostosi, situata sull'umero, di cui occupa tutta la circonferenza. Il periostio di quest'osso è stato malato in una gran parte della sua estensione, come si rileva dalla sua superficie, che è estremamente irregolare. Possediamo ancora un'immensa esostosi, che occupa la metà superiore dell'umero, eccettuato il capo cartilaginoso di quest'osso, che non è malato. Riporterò dettagliatamente la storia di questa malattia.

Esiste nello stesso Museo un'umero, la cui sostanza ossea aveva subito una grande espansione, ed il cui periostio era divenuto compattissimo. Parecchie idatidi si erano formate nell'interno del tessuto reticolare di quest'umero. ed avevano dato luogo ad un'allargamento della superficie esterna di quest'osso, ed allo sviluppo della sua cavità.

Cubito.

L'esostosi attacca raramente il cubito, e non si manifesta di frequente che nella parte inferiore di quest'osso, presso del carpo. Per altro io ho osservato anche dell'esostosi sul cubito.

Radio.

Possediamo un pezzo d'anatomia patologica, benissimo preparato, su cui è situata un'enorme esostosi del radio. La superficie di quest'osso fu attaccata da un'ulcera, che terminò colla gangrena, e messe allo scoperto l'esostosi Questo caso si presentò allo spedale *Saint Thomas*, ove si fu obbligato di praticare l'amputazione del braccio, affine di conservare la vita al malato.

Ossa del metacarpo.

Abbiamo un pezzo d'anatomia patologica, rimarcabile a causa d'una voluminosa esostosi degli ossi del metacarpo. Si vede. mediante una sezione praticata su quest'osso, l'alterazione prodotta da questa esostosi nell'interno di esso.

Un mio giovine amico ha un'esostosi sull'osso del metacarpo, che si articola col dito minimo, la quale è stata cagionata da una percossa.

Ho per due volte estirpata un'esostosi, che aveva attaccato la seconda falange d'un dito. Una parte di questa esostosi era tuttavia cartilaginosa, ma la radice era ossea. Non essendo bastata la prima operazione per impedire la recidiva di questa malattia, fu necessario di replicarla.

Femore.

Il femore è l'osso, su cui si manifesta il più di frequente l'esostosi. Ho sovente osservato nascere questo tumore nella parte superiore del gran trocantere, e dar origine a delle enormi masse, che attaccavano l'inguine e l'ileo. Noi abbiamo un pezzo d'anatomia patologica, su cui si vede un'esostosi, che occupa tutto il corpo del femore; è situato un poco sotto il gran trocantere, si estende da questa eminenza fino ai condili, e forma una massa considerabile, o piuttosto delle masse d'ossi. Possediamo pure altri pezzi d'anatomia patologica, nei quali l'esostosi ha principalmente attaccato il periostio, ed in cui la porzione dell'osso primitivo non era stata ancora assorbita; ed altri pezzi parimente, nei quali delle porzioni dell'osso sono rimaste distrutte dai progressi dell'esostosi: finalmente ne possediamo altri, nei quali si osservano dell'esostosi poco voluminose, che sono situate fra il periostio, e l'osso, nella direzione delle fibre del tricipite femorale. Il più rimarchevole di questi pezzi d'anatomia patologica, mi è stato dato dal sig. Dodds. il più giovine dei figlj del chirurgo dello spedale di Haslaw. (Consultate la tavola).

Tibia.

La tibia è l'osso, che dopo il femore, è il più di sovente attaccato dall'esostosi periostiale. Questa esostosi è situata su quest'osso nel luogo dell'inserzione dei muscoli sartorio e gracile interno, e di quella dei ligamenti della rotula sul tubercolo della tibia. Possediamo degli esempi di questa malattia nel nostro Museo dello spedale *Saint-Thomas*, ove esiste precisamente un pezzo d'anatomia patologica, in cui osservasi un ampia cavità, ricoperta in parte di materia ossea, e questo caso rassomiglia molto a quello, di cui abbiamo fatto menzione, trattando dell'esostosi della mascella inferiore. In un altro pezzo d'anatomia patologica del nostro Museo, vi si scorge una esostosi d'una natura spongiosa, ove esiste anche una esostosi, che trae la sua origine dal capo della tibia, e che è stata a quel che pare, di una natura fungosa. Ho visto ultimamente un esostosi, che pigliava la sua origine dalla parte anteriore della tibia, precisamente al di sopra dell'articolazione di quest'osso col piede, di cui incominciava ad impedire la flessione.

Un malato entrò nello spedale di Guy, e fu affidato alla cura del sig. Forster; egli era attaccato da un vasto tumore, che si estendeva sulla parte superiore della tibia; era molle, cedeva alla pressione del dito, e presentava i sintomi d'un affezione fungosa. Il sig. Forster applicò su questa esostosi delle pezzette agglutinative, che ne diminuirono la gonfiezza a segno. che il malato uscì presto dallo spedale, supponendo che la continuazione degli stessi mezzi basterebbe per terminarne la guarigione; ma dopo alcune settimane ritornò allo spedale, a cagione dell'aumento considerabile del suo tumore. Il sig. Lucas, a cui fu consegnato questo malato, fece una incisione sul tumore, e procurò l'uscita di parecchie idatidi, che erano di una forma globulare. Malgrado quest'operazione, l'irritazione generale e la gangrena dei tegumenti, che ricoprivano il tumore, ci obbligarono a fare l'amputazione. Eseguita questa operazione, si fece un incisione sul tumore, e si trovò nell'osso un nido assai esteso, in cui erano contenute moltissime idatidi. Facendo bollire la porzione dell'osso, che era situata sotto questo ricettacolo, si trovò nella tibia una frattura, che era stata probabilmente cagionata da questa esostosi, quantunque il malato non avesse mai parlato di quest'accidente.

Questa frattura si era riunita, ma in un modo irregolare.

Peroneo.

La parte superiore del peroneo, presso la testa di quest'osso, si trova talvolta più ampia, e la sua porzione inferiore più larga, che nello stato naturale, nel luogo, ove quest'osso è unito da un ligamento colla tibia. Questo ingrandimento è cagionato forse il più di sovente da un infiammazione adesiva, che da una vera esostosi.

Ossa del Metatarso.

L'ossa del metatarso sono sovente la sede dell'esostosi. Sono stato obbligato di fare l'amputazione parziale del piede, a causa di questa malattia, e di praticare la stessa operazione sull'estremità dell'ossa del metatarso dalla parte delle dita. Ho osservato nella mia pratica due casi d'un esostosi, situata sotto l'unghia del dito grosso del piede, che si estendeva molto al di là di questa parte. In uno di questi casi, l'esostosi cagionò a una Signora un dolore così vivo, e diede luogo a tanti inconvenienti, che fui ridotto alla necessità di estirparla, ciò che eseguii facilmente per mezzo d'una sega.

Si narra in un opera assai stimata (il *dizionario di chirurgia* di Samuele Cooper) un osservazione, di cui il sig. Abernethy dà i dettagli nelle sue lezioni. Questa osservazione è stata fatta su d'un giovine, che venne da Cornevall. Questo giovine aveva una tendenza tale ad essere attaccato dall'esostosi, e una soprabbondante materia ossea si portava con tanta prontezza ora su di una parte, ora su d'un altra, che la più leggiera percossa faceva tumefare l'ossa.

Il ligamento della nuca era ossificato, per cui il collo non poteva eseguire i suoi diversi movimenti; i bordi dell'ascella erano ugualmente ossificati, ed il malato non poteva muovere il suo braccio. Esso aveva ancora dell'esostosi in altre parti del corpo.

Dell' esostosi fungosa della membrana midollare.

Noi abbiamo principalmente in mira di trattare in questa memoria, dell'esostosi cartilaginosa semplice, e delle operazioni, che bisogna praticare per rimediare a questa malattia: ma nel dissecare dell'esostosi, abbiamo trovato delle varietà, intorno le quali abbiamo giudicato necessario di dare alcuni dettagli, affine d'impedire ai nostri lettori di fare delle operazioni, i di cui risultati non sarebbero felici. Cominceremo dall'esporre alcune cognizioni sull'esostosi fungosa della membrana midollare.

Sintomi dell' esostosi midollare.

Questa specie d'esostosi è accompagnata dai seguenti sintomi. La malattia è caratterizzata nel suo principio, da un ingrandimento generale del membro, che si manifesta sotto la sede dell'esostosi, e si estende alle adjacenti parti. Questa esostosi attacca, generalmente i giovani, io per altro l'ho osservata anche in alcuni individui di 50 anni. Essa si sviluppa progressivamente; ed anche quando è divenuta molto voluminosa, da impedire al membro di muoversi colla stessa facilità di prima, non apporta dolore, e non priva il malato della facoltà di servirsi del suo membro. Il dolore, cui dà luogo è ottuso, e si fa sentire lungo l'osso ed il nervo, e diviene poi acutissimo, allorchè il nervo si trova compresso dall'esostosi, come succede in quella del femore, che è situata in modo da comprimere il nervo ischiatico.

Stato generale della salute del malato.

Lo stato generale della salute del malato è alterato in questa malattia. Nel primo periodo di essa si manifestano il pallore, una debolezza generale, e l'irregolarità delle funzioni intestinali; e allorchè l'esostosi ha fatto dei progressi, si osserva un pallore su tutta la superficie del corpo; il membro nel luogo malato acquista un enorme volume, ma la pelle conserva il suo natural colore: le parti affette sono dure in alcuni punti, mentre in altri il loro tessuto è elastico, e cede alla pressione del dito, in modo da far credere, che il tumore contenga un fluido; ma se si apre, non esce che del sangue.

Tubercoli sulla superficie del tumore.

La superficie del tumore si copre ben presto di tubercoli. Questi sono molli al tatto, ed esternamente appariscono leggermente infiammati.

Quando la malattia diviene generale.

Una generale irritazione accompagna lo sviluppo dei tubercoli, il malato perde l'appetito, perde il sonno, ed i suoi intestini non compiono più con regolarità le loro funzioni.

Esulcerazione dei tubercoli.

Questi sintomi fanno dei progressi nello spazio di parecchie settimane, e alla fine si manifesta un ulcera su i tubercoli; la pelle separa del pus; ma allorchè il tumore si apre da per se stesso, non n'esce che della sierosità sanguinolenta; allora si sviluppa un fungo, e produce dell'emorragie, le quali sono talvolta molto abbondanti; il sangue ne è fluidissimo, come si osserva ordinariamente nell'affezioni fungose, e presenta una gran quantità di sierosità. Quest'emorragia non calma i dolori del malato, che per qualche ora solamente.

Gangrena.

Il fungo fa dei considerabili progressi; la pelle si stacca in una gran porzione della sua estensione, e la gangrena, che alla fine si manifesta, fa cadere una gran parte dei tessuti affetti, e diminuisce a tal segno il loro volume, che il malato spera trovare nella gangrena medesima, un mezzo di liberarsi intieramente della sua malattia, speranza per altro, che io non ha mai veduto realizzarsi in questo caso.

Scolo della sierosità.

Scola ordinariamente dalla superficie del fungo una gran quantità di sierosità sanguigna, che inzuppa in poche ore molte pezze.

Durata della malattia.

L'emorragie, l'abbondanza dello scolo, e specialmente la generale irritazione, diminuiscono è vero, di assai le forze del malato; ma questa esostosi non dà luogo a questi sintomi che in uno spazio di tempo più, o meno lungo, onde questa malattia si prolunga sovente per due anni, talvolta per un tempo più lungo, ed in qualche caso dura sette anni, e anche dieci.

Tumori fungosi che si sviluppano in altre parti del corpo.

Dei tumori della stessa natura attaccano sovente altre parti del corpo nel tempo che questa malattia fa dei progressi; ond'è che accade dopo avere praticata l'amputazione del membro malato, che si riproduce negli organi più essenziali alla vita un affezione morbosa dello stesso genere.

Dissezione.

Questa malattia trae la sua origine dalla membrana midollare dell'osso, e si sviluppa nella sostanza reticolare. Se si pratica un incisione circolare sul membro, e si esaminano accuratamente le parti affette, vi si osservano le seguenti alterazioni. La pelle è nel suo stato naturale, all'eccezione dei tubercoli dai quali è ricoperta: questi tubercoli nascono dalle piccole masse, situate sul tumore. Trovai, in una circostanza, in cui si era manifestata l'ulcera, che essa si estendeva in tutto lo spazio compreso fra il tumore e l'osso: i muscoli erano separati da uno spazio di tre pollici dalla superficie dell'osso, e formavano un leggiero strato sopra il tumore.

Situazione dei vasi e dei nervi.

Nell'osservazione, che abbiamo riportata, i grossi vasi sanguigni ed i muscoli erano stati ravvicinati alla superficie del membro. Possediamo nella collezione dello spedale di *Guy*, un pezzo d'anatomia patologica, in cui si osserva un considerabile cambiamento nella situazione dei vasi, e nel quale l'arterie sono state iniettate. I nervi presentano parimente qualche alterazione, relativa mente alla loro situazione.

Periostio.

Il periostio è ugualmente separato dall'osso in differenti luoghi, e per un intervallo di due o tre pollici, in alcuna parte del tumore.

Il tumore è composto di masse lobulari, il di cui colore, consistenza e sostanza presentano un gran numero d'anomalie: alcune di esse sono simili al grasso; la struttura di alcune altre si avvicina a quella del cervello, mentre altre contengono nei loro interstizj del sangue coagulato e della sierosità. In alcune parti la sostanza è quasi cartilaginosa, ma in generale è spangiosa, e contiene internamente alcune punte ossee. La sostanza dell'osso è in alcuni punti assorbita, ed in altri più sottile del naturale. In alcuni casi acquista una così grande espansione, che forma sul femore una specie di guaina, sotto la forma d'una rete. (Consultate la Tavola). Allorchè s'inalzano delle granulazioni fungose sulla membrana midollare, queste granulazioni sono tutte vascolari, molto molli in quanto al loro tessuto, e producono un abbondante secrezione, e si sviluppano con tanta energia, che si sollevano al di sopra del livello della pelle.

Causa dell' esostosi fungosa della membrana midollare.

Non abbiamo alcun dato positivo intorno la causa dell'esostosi fungosa midollare. In alcune circostanze questa malattia è stata cagionata

da una percossa; in altre da un salto, fatto da un luoge molto alto. Queste due cause possono dar luogo a questa esostosi, disturbando le interne funzioni dell' osso. Ho visto questa malattia attaccare la mascella inferiore, ed essere occasionata dalla carie d' un dente. Ma allorchè l esostosi è di natura fungosa, dipende da uu interno stato della costituzione, che dà luogo ai sintomi, che si manifestano in conseguenza dell esterna lesione.

Cura generale.

Nella cura di questa malattia dobbiamo combattere non solamente l' affezione locale, ma ancora l' affezione generale. Conviene che operiamo certi cambiamenti nella costituzione, affine di debellare l' affezione generale, ma allorchè l'esostosi avrà prodotto parecchie alterazioni nella struttura delle parti, la cura interna non sarà d' alcuna efficacia per rimediare a queste alterazioni, e per impedire che la malattia termini colla morte. Appena che l' esostosi comincia ad attaccare profondamente il tessuto dell' osso, l' ossimuriato di mercurio, amministrato a piccola dose, solo o combinato colla decozione di salsapariglia, è il miglior mezzo per arrestare i progressi di questa malattia, se devo giudicarne dietro la mia propria esperienza Il mercurio produce delle naturali secrezioni nel corpo, la salsapariglia diminuisce l irritabilità generale, e questi due rimedi insieme combinati ristabiliscono la salute, possono guarire fin dal suo principio una malattia, le cui conseguenze sono così terribili, e prevenire la formazione di simili tumori in altre parti.

La cura locale consiste nell' applicazione delle mignatte, se il malato soffre dei dolori, e dei vessicanti, di cui conviene mantenere aperta la piaga, medicandola con parti uguali di unguento mercuriale, e di sabina. Se la malattia non cede all' azione di questi soccorsi, si ricorrerà ai rimedi interni, affine di migliorare l' insieme della salute, e di mettere maggiormente in grado il malato di sopportare l amputazione, o l' asportazione del tumore, operazione che diviene allora necessaria per salvarlo.

Io desiderava di conoscere l' effetto, che produrrebbe l' allacciatura dell' arteria, che alimenta questo tumore fungoso Il mio collega signor Lucas, ha fatto un simile tentativo; ma i due seguenti fatti hanno provato che non è stato di gran vantaggio per i malati Li narrerò, affine di distogliere altri chirurghi dal rinnuovare simili tentativi.

Osservazione.

Una giovine donna di venti anni, fu ricevuta allo spedale di *Guy*, a causa d' un vasto tumor fungoso situato nell' estremità inferiore del radio. Siccome i diversi rimedi tanto locali, che generali, che impiegai non poterono arrestare i progressi di questa esostosi, nè volendo la malata sottoporsi all' amputazione, le proposi il tentativo dell' allacciatura dell' arteria brachiale, onde diminuire per tal mezzo la quantità del sangue, che alimentava il tumore, e l' assicurai che questa operazione non

avrebbe dato luogo ad alcun tristo accidente, ma che potrebbe anzi esercitare una salutare influenza sulla sua malattia. Questa donna vi acconsentì prontamente.

Alcuni giorni dopo, che ebbi allacciata l'arteria brachiale, si manifestò la gangrena sulla superficie del tumore fungoso, e ne diminuì di molto il volume. Ma appena che la circolazione si fu ristabilita in tutta la sua energia per mezzo delle differenti anastomosi, la natura deleteria e primitiva del tumore ricomparve con tutta la sua forza, il fungo riacquistò quasi il suo antico volume, e cagionò in capo a qualche mese la morte della malata, la quale non volle mai acconsentire all'amputazione. L'operazione, che avevo eseguita nella speranza di alleviare i mali di questa donna, non produsse che una momentanea influenza sul volume del tumore, e non ritardò, nè accelerò la morte della malata.

Osservazione.

Non ho conservato che alcune poche note relativamente alla seguente osservazione. Il malato fu attaccato da un tumore fungoso assai vasto in una gamba, il quale non si esulcerò. Quest'uomo non volle sottomettersi all'amputazione, ma si lasciò allacciare l'arteria femorale. Questa allacciatura fu fatta dal sig. Lucas l'8 luglio 1814. Il membro aveva ventidue pollici di circonferenza all'epoca, in cui fu praticata questa operazione; questo volume aumentò ancora di due pollici due giorni dopo l'operazione, e la gangrena si manifestò nella parte esterna della gamba. L'amputazione fu fatta il 15 luglio al di sopra del ginocchio, ma sotto il luogo, dov'era stata allacciata l arteria. Allorchè si esaminò l'arteria femorale, che era stata recisa, il sangue scolò da questo vaso con tanto impeto ed abbondanza, appena che fu rilasciato il turniquet, che l'emorragia sarebbe stata ben presto mortale. L'arteria dava qualche leggiera battuta, dopo fatta l'allacciatura, circostanza che ci prova quanto è facile al sangue di seguire il suo corso per mezzo dell'anastomosi; una sola settimana era scorsa fra l'una e l'altra operazione.

Queste due operazioni servono a provare che l'affezione fungosa non è modificata in un modo vantaggioso per il malato, allorchè si obbliga il sangue a refluire dal vaso principale nelle piccole arterie del membro. La circolazione si rallenta per un momento; ma la causa, che dà origine alla malattia persiste sempre in tutta la sua forza.

L'amputazione, che si pratica, dopo avere fatto subire al malato una cura interna, e la continuazione di questa cura dopo l'amputazione, mi sembrano essere le sole risorse per salvare il malato; ed in fatti se uno si limita a fare l'amputazione, e se non si amministrano dei soccorsi propri a combattere l'affezione generale, non si ritarda che di qualche mese la morte del malato. La seguente osservazione dimostra i vantaggi, che si possono ritrarre da una operazione, che io ho proposta a una malata, a cui ella ha promesso di sottoporsi.

Osservazione.

William di 32 anni, è stata sovente nel corso di questa estate nel numero delle malate esterne dello spedale di *Guy*. Questa donna ha un esostosi fungosa sulla mascella inferiore, ove forma una considerabile prominenza. Questo tumore si sviluppò sei anni sono, nella circostanza che un dente divenne mobile, e finì per cadere. A quest'epoca s'inalzarono nelle cavità alveolari dei funghi, d'un colore purpureo, i quali si gangrenarono in capo a qualche tempo. La gengiva guarì, la mascella cominciò ad essere messa allo scoperto; i funghi si riprodussero due anni dopo, e si gangrenarono di bel nuovo: si poteva allora far passare una siringa dalla cavità alveolare a traverso la mascella, e farla pervenire fino al mento. Un vasto tumore cominciò a svilupparsi sulla sinfisi del mento, che andò crescendo, produsse un leggiero dolore, ed alcune granulazioni. Cinque settimane dopo, la pelle si esulcerò sul mento. Da quest'ulcera si vedono al presente nascere dei funghi, e la gengiva è attaccata da due esostosi d'un colore purpureo. La malata era nella sua gioventù di una delicata costituzione, e quasi sempre costipata: due volte era divenuta incinta nel tempo che il tumore faceva dei progressi, ed aveva dato in luce dei figli sani

Siccome in questa malata le parti adjacenti non sono alterate, e che le glandule assorbenti sono in uno stato sano, come pure tutti gli organi essenziali alla vita, i quali sembrano compiere perfettamente le loro funzioni, le ho proposto di lasciarsi asportare la porzione malata della mascella.

Dell' esostosi cartilaginosa della membrana midollare.

Esiste una specie d'esostosi, che si forma nella cavità dell'ossa, ed è prodotta da uno stato morboso della membrana midollare. Questa differisce molto dalla prima specie d'esostosi, sotto il rapporto dell'ulceri, a cui dà luogo, e sotto quello della sua natura.

In questa esostosi la sostanza dell'osso acquista una grande estensione, o piuttosto la parte primitiva dell'osso è distrutta per l'effetto dell'assorzione; una nuova sostanza si forma in luogo di essa, e si vede svilupparsi dentro la cavità ossea una cartilagine elastica, consistente e fibrosa.

Questa malattia non presenta nel suo principio, alcuna tendenza alla malignità. Essa è cagionata da un ordinaria infiammazione, e si manifesta nel tempo che la costituzione è in stato sano; ma l'irritazione si prolunga per molto tempo, e cagiona così una malattia molto estesa. Credo di non poter meglio dilucidare questo punto di dottrina, che riportando le seguenti osservazioni.

Osservazione.

Sarah Dulwich di tredici anni, entrò nel 1813. nello spedale di *Guy*,

a causa d'un estesissimo tumore osseo, situato sul mento. Questo tumore si era manifestato un anno avanti sulle gengive della mascella inferiore, ed era allora poco voluminoso. In principio non fu accompagnato da alcun dolore. Allorchè questa malata entrò nello spedale, la superficie superiore del tumore era globulare, ed occupava tutta la sinistra guancia, estendendosi dal dente canino della mascella inferiore verso l'angolo destro della mascella medesima e rendeva per conseguenza difficilissima la pronunzia.

Il tumore era internamente irregolare e duro, e presentava un ulcera superficiale, che proveniva dalla pressione, che i denti della mascella superiore esercitavano sul lato sinistro del tumore. Questa pressione aveva avuto luogo negli ultimi sei mesi, ma l'ulcera non aveva dato origine ad alcun fungo. All'esterno, il tumore si estendeva dal mento fino davanti la guancia, passava sul lato della sinistra narice, arrivava fino al bordo dell'orbita, diveniva rotondo verso l'orecchio, ed occupava quasi la metà della testa. La pelle era leggiermente rossa in alcune parti del tumore, e si osservavano sulla superficie di questa esostosi delle vene, che erano molto dilatate, e sparse quà, e là.

Per lo spazio di cinque o sei mesi la malata aveva sofferto dei vivi dolori nella parte sinistra della testa, e uno scolo purulento dall'orecchio destro. La masticazione divenne difficilissima, e dolorosissima a cagione della pressione, che esercitavano i denti della mascella opposta sul tumore; dal lato sinistro, la mascella e l'arcata alveolare superiori, erano in qualche modo portate dal lato opposto, a cagione della pressione esercitata dall'esostosi.

L'appetito della malata si manteneva, ma il suo esteriore annunziava una delicata costituzione; ma ella assicurava per altro che aveva goduto, in generale, una buona salute. Prima dell'apparizione del tumore, questa donna sentì di tempo in tempo per lo spazio di due, o tre mesi, un dolore nei denti molari della mascella inferiore.

Il tumore continuò a fare dei progressi, acquistò un enorme volume, avendo cinque o sei pollici d'estensione da una parte all'altra, e quattro pollici dai denti incisivi fino alla parte anteriore, ov'esso terminava, e sedici pollici di circonferenza; e una parte dell'esostosi, priva dei suoi tegumenti, essendo stata misurata dopo la morte della malata, fu trovata di sette pollici e mezzo.

Il tumore finì per portare con forza l'epiglottide sulla glottide, cagionò una difficoltà nel respiro, e questa irritazione continuando sempre a sussistere, alla fine fece perire la malata.

Dissezione del tumore.

Il tumore s'inalzava internamente dalla sinfisi del mento, si stendeva in dietro sulla parte interna della mascella inferiore, per l'estensione di più di tre pollici, ed occupava lo spazio compreso fra gli angoli, ove la lingua era ordinariamente situata.

La lingua era portata indietro nella gola e dal lato destro, ov'ella rimaneva in un infossamento, che era compreso fra il tumore, e l'an-

golo della mascella. L'esostosi si estendeva dal lato del dente canino, ed era intieramente rotonda. L'epiglottide era abbassata sul bordo della glottide, ciò che rendeva difficilissima la respirazione.

Questa esostosi pigliava la sua origine dalla membrana midollare, era formata dal tessuto spongioso dell'osso, ed era composta di una porzione cartilaginosa e d'una sostanza ossea; ma la sua superficie consisteva principalmente in una massa bianca, fibrosa, elastica e simile alla sostanza dei ligamenti.

La porzione solida dell'osso era intieramente stata distrutta per l'effetto dell'assorzione, l'arcata alveolare era divenuta molto allungata ed era coperta di punte ossee.

L'osso presentava un gran numero d'infossamenti nella sua esterna superficie. I denti incisivi erano portati in avanti, ed i molari in fuori.

Il foro mentoniero, che dà passaggio a un nervo, era slargato a segno da ricevere l'estremità del dito.

Il condile della mascella inferiore era situato indietro, in vece di essere diretto in alto, a cagione del suo allungamento.

Osservazione.

Elisabetta Hall, di anni 19, entrò nello spedale di *Guy* il 5 novembre 1817. Essa ci raccontò che tre anni indietro aveva distintamente sentito, nel mangiare una corteccia di pane, che qualche cosa si era rotto, e che aveva provato nel tempo stesso un dolore nel lato destro della mascella inferiore. Essa aveva benissimo conosciuto, che questo dolore non l'era stato cagionato da un dente. Poco dopo quest'accidente, la malata vidde comparire un piccolo tumore immobile, che era situato nel centro della mascella inferiore.

Questo tumore aumentò poco a poco. La malata aveva avuto avanti quest'epoca un dente cariato, il quale fu estratto due anni dopo l'apparizione del tumore, ciò, che non esercitò alcuna influenza nè sul dolore, nè su i progressi dell'esostosi. Quando questa malata entrò nello spedale, l'esostosi occupava tutta la mascella inferiore dal lato, ove si era sviluppata, ed era situata fra l'angolo di questa mascella, e la sinfisi del mento. Da quest'epoca in poi la malattia fece dei rapidi progressi, sebbene la malata credesse il contrario, perchè non se n'accorgeva, stante che maneggiava continuamente il tumore. La superficie dell'esostosi era unitissima ed esattamente uniforme; il centro n'era prominente, e allorquando si comprimeva un poco fortemente, le pareti elastiche cedevano, ma respingevano le dita indietro, appena che si cessava la compressione, e facevano un rumore assai simile a quello, che proviene dalla pressione fatta sulla carta pecora. La malata sentiva talvolta dei dolori lancinanti nel tumore, ma principalmente dopo, che l'era stato molto palpato. Il totale della salute era assai buono.

In quanto alla causa di questa malattia, era evidente che era nata dall'irritazione occasionata dal dente cariato, le cui radici erano impiantate nella cartilagine, che si estendeva nella cavità dell'osso. Queste radici,

in vece di dar origine all'esulcerazione e alla suppurazione, (ciò che accade frequentemente) mantenevano un irritazione, che non aveva oltrepassato il periodo d'un infiammazione adesiva. Nel principio una sostanza cartilaginosa riempì la cavità dell'osso, ma in seguito si trasformò in una sostanza ossea.

Ho veduto una consimile esostosi, che aveva attaccato la tibia, ma non conosco i dettagli relativi a questa malattia.

Cura.

La cura di questa malattia consiste: 1.° Nel procurare di conoscere la causa, che dà origine all'irritazione: 2.° a distruggerla appena ritrovata, affine d'impedire i progressi della malattia. Dissipando la causa, che mantiene l'irritazione, si perverrà verosimilmente a operare la guarigione di questa malattia, anche quando il tumore sarà divenuto assai voluminoso. Bisogna dunque aspettare il risultato di questa cura prima di decidersi a fare l'operazioni.

Se questa cura è insufficiente, sarà allora necessario di asportare colla sega, la parte esterna dell'osso, e di fare uscire, per mezzo d'un elevatore, la cartilagine dalla cavità, nella quale è contenuta. Se i tegumenti sono stati accuratamente conservati, questa operazione non cagionerà che una leggiera deformità, e si giungerà così, per mezzo d'una semplice operazione, ad impedire la perdita del malato, che sarebbe stata d'altronde inevitabile.

Passo adesso a descrivere l'operazione, che praticai il 21. Novembre, nell'Elisabetta Hall, di cui ho qui sopra riportato l'osservazione (pag.) feci un incisione di mezzo pollice sotto l'angolo della bocca: lungo il bordo inferiore della mascella inferiore, e la continuai fino all'angolo di quest'osso. Quindi dissecai il lembo, proveniente da questa incisione, e messi allo scoperto un tumore, la cui superficie era unita, e la consistenza dura, e che era formato dall'ingrossamento del periostio nella sua esterna superficie, ed internamente da una sostanza ossea, sottile ed elastica. Asportai, sebbene con difficoltà, questo tumore col bisturì, ed in tal modo messi allo scoperto un'esteso strato cartilaginoso, che occupava il posto, che nello stato naturale riempie la sostanza spungiosa della mascella inferiose, e che convertiva il rimanente dell'osso massillare inferiore, in una considerabile esostosi. Per mezzo d'un elevatore, staccai la cartilagine dall'osso, e viddi il nervo massillare inferiore, che incrociava il lato e il fondo della cavità, nel suo passaggio a traverso il foro mentoniero.

Era necessario, nell'eseguire questa operazione di evitare per quanto era possibile la lesione di detto nervo, mentre nel toccarlo solamente, la malata sentiva un vivo dolore. Dell'emorragie ebbero luogo durante questa operazione, per cui fui obbligato di allacciare parecchj vasi. Finalmente ricondussi il lembo verso la cavità, e'lo riunii mediante una sutura, e dei cerotti agglutinativi. Esaminai il tumore, e trovai che

era cartilaginoso, ma di una struttura più molle di quella della sostanza, che ricopre la parte più dura dell' osso (1).

La malata sopportò benissimo questa operazione. Si manifestò un' emorragia dopo che fu trasportata nel suo letto. Ella accusò un dolore assai vivo e continuo dopo il mezzo giorno, per cui le amministrammo un' oppiato. Continuò a sentire dei forti dolori, e fu estremamente irritabile per i tre primi giorni dopo l' operazione; ma appena che potè sopportare l' estrazione del dente, le fu cavato, e il 25. novembre il lembo era in gran parte adeso ai tessuti adiacenti, e la malata pareva non soffrir molto, quantunque esistesse ancora uno scolo.

Dell'esostosi periostiale.

Questa malattia è, come la precedente, di una natura fungosa e cartilaginosa. L' esostosi *periostiale* differisce appena, in quanto ai sintomi, dall' esostosi fungosa della membrana midollare; il membro è meno tumefatto nell' esostosi *periostiale*, ma il tumore è più prominente che nell' esostosi *midollare*. La sensibilità è presso a poco la stessa in queste due specie d' esostosi. Un leggiero dolore si fa sentire a misura che l' esostosi *periostiale* fa dei progressi, la pelle non perde il suo colore, ed è ricoperta nella sua superficie di tubercoli. L'esulcerazione, l' emorragia, la gangrena ed un considerabile scolo non tardano a manifestarsi in questa esostosi, e fanno perire il malato, se non si fa l' estirpazione del tumore.

La seguente osservazione spargerà qualche lume sulla storia di questa malattia.

Osservazione.

Una ragazza di 19. anni, entrò nello spedale di *Guy*, a causa d'una malattia, che fu creduta in principio una tumefazione dell' articolazione del ginocchio, ma che fu riconosciuta in seguito, dietro un più profondo esame, per un' esostosi. Questo tumore era fortemente aderente alla parte inferiore del femore. Il colore della malata era plumbeo, e il totale della sua salute sembrava sconcertato. L' esostosi era poco voluminosa, quando la malata venne allo spedale, ma si aumentò rapidamente: la pelle manteneva, come ho detto, il suo colore, ma la sua superficie era tubercolosa, dura come un' osso in certe parti, ed elastica in certe altre. Questo tumore non fu, in principio accompagnato da verun dolore, ma divenne di tempo in tempo dolente, a misura che faceva dei progressi, ed esercitò una reazione così forte sulla costituzione, che messe in pericolo la vita della malata, onde convenne ricorrere all' amputazione. Questa operazione fu praticata, ma dopo si manifestò un' irritazione generale così violenta, che fece temere per qualche giorno della vita di questa malata.

(1) Descrivendo un'osso, io lodivido in corpo, in sostanza solida, e in sostanza spungiosa.

Dopo che questi sinto mi si furono dissipati, il moncone presentò un'aspetto di buona natura, ma l'irritabilità della malata era eccessiva, in modo che essa paventava molto il momento della medicatura. Il fungo s'inalzò sull'osso, e bisognò distruggerlo col caustico. Parecchie settimane passarono prima, che il moncone fusse intieramente cicatrizzato, quantunque avessi conservato nel fare l'operazione, bastante porzione di pelle, per ricoprirlo intieramente. Esisteva tutt'ora una piccola ulcera sulla superficie del moncone, quando la malata uscì dallo spedale, ma credei doverle consigliare di andare a respirare un'aria più pura di quella, che si respira in uno spedale di una gran città.

Dissezione di questa esostosi

L'esostosi era situata nella parte inferiore del femore, il periostio la ricopriva, ed era fortemente adeso alla sua superficie, e lo stesso tumore era aderente alla parte solida dell'osso: fu iniettata con una composizione vischiosa. Essa sembrava rossissima in alcune delle parti, ove era penetrata l'iniezione, nel tempo che era bianca nei luoghi, ove l'iniezione non aveva penetrato, in alcune parti era tutta vascolare, ed in altre no. La superficie di questo tumore era lobulare; il periostio sembrava aver formato nella sua esterna superficie un tumore simile a quelli, che esistono fra questa membrana, e l'osso.

Questi tumori, sono in generale ricoperti, conforme mostra la dissezione, dal periostio, che è ingrossato, e si trova nell'interno di questa membrana una sostanza bianca, elastica, che presenta un gran numero di piccole porzioni ossee, che si sollevano a guisa di raggi dalla superficie dell'osso primitivo. La parte solida non è molto alterata in questa esostosi: io però l'ho trovata talvolta distrutta per l'effetto dell'assorzione. In alcuni casi sembra avere esistito una leggiera infiammazione nella sostanza reticolare dell'osso, giacchè io ho trovato parecchie volte delle porzioni d'osso dell'interno di questa sostanza.

Esperienza fatta sopra una tibia.

Divisi una tibia, la quale era stata attaccata da una voluminosa esostosi *periostiale*. La metà dell'osso, risultante da questa divisione fu immersa nell'acido muriatico allungato, e dopo che il fosfato di calce fu precipitato dall'acido, trovai che l'esostosi conservava il suo primitivo volume, e che uno strato cartilaginoso era in rapporto colla sostanza ossea. (consultate la Tavola). La porzione solida dell'osso non era stata alterata nell'altra parte della tibia; delle punte ossee si estendevano a guisa di raggi, dalla parte solida della tibia fino al periostio, mentre che si trovava nella sostanza reticolare, sotto la sede dell'esostosi, un leggiero stravaso osseo, che formava delle specie di nodi. Non so quali sono le sostanze che si sono sviluppate prima della formazione completa della cartilagine; ma il sig. Howship ha provato in una memoria, che egli ha pubblicato

sull'accrescimento dell'ossa, la quale è stata inserita nelle *Transazioni medico-chirurgiche*, che una sostanza membranosa si sviluppa prima della formazione della cartilagine e dello stravaso della materia ossea.

Noi possediamo nella collezione dello spedale *Saint Thomas*, un gran numero d'esostosi, situate sulla parte inferiore del femore, e sulla parte superiore della tibia. Questi pezzi d'anatomia patologica, che si sono fatti macerare, presentano le stesse alterazioni di quelle, che abbiamo descritte, parlando dell'esperienza che fu fatta sopra di una tibia; mentre che quelli, che si sono conservati nello spirito di vino, e le cui parti molli non sono state distrutte dalla putrefazione, sono caratterizzati dalle seguenti alterazioni: il periostio ingrossato ricopre la superficie dell'esostosi, a cui è fortemente adeso. L'esostosi è molto estesa, ed è situata fra la parte solida dell'osso e la faccia interna del periostio. Il tumore è lobulare, ed è composto in gran parte di una sostanza bianca, e in qualche modo elastica, ma che non è tanto dura, come la cartilagine: il sangue colorisce una di queste parti, e il tessuto che riceve questo fluido è più molle degli altri. Allorchè questa sostanza è stata iniettata, vi si osservano dei vasi più, o meno sviluppati, poichè ella è rossa in alcune delle sue parti, mentre è bianca in alcune altre; ed ho osservato che questa alterazione caratterizzava ordinariamente l'esostosi fungose, che non sono intieramente organizzate.

Nel principio di questa malattia le piccole porzioni ossee non sono ancora manifeste; ma a misura che l'esostosi fa dei progressi, la sostanza ossea si sviluppa, quantunque le punte ossee siano più piccole e meno numerose che nell'esostosi cartilaginosa. Sembra che una piccola porzione di questa sostanza fungosa si sollevi talvolta dalla faccia esterna del periostio: la membrana midollare, e la sostanza reticolare dell'osso non hanno sofferto in questa circostanza, un'alterazione simile a quella, che ha luogo nella superficie esterna; ma si trova talvolta delle traccie bene evidenti dell'infiammazione della membrana midollare, mentre in altri casi questa membrana comincia a essere alterata per effetto della malattia. Si scorge un gran numero di pori vascolari sulla superficie dell'esostosi, se si esamina col microscopio.

Cause dell' esostosi periostiale.

Si attribuisce lo sviluppo di questa malattia a una lesione accidentale: ma un'irritazione qualunque produrrà quest'esostosi in un soggetto dotato di una cattiva costituzione. Ne abbiamo un rimarcabile esempio nella collezione dello spedale di *Guy*, ove si osserva un'esostosi cagionata dall'interna esfoliazione del femore. In questo caso, in vece della sostanza cartilaginosa, che accompagna l'interna esfoliazione, e che è situata fra il periostio e l'osso, trovammo un'immenso fungo, che era situato fra il periostio e la superficie dell'osso, ciò, che è molto proprio a provare che la natura dell'infiammazione è sotto la

dipendenza dello stato della costituzione, e che un'alterazione insolita e grave può esser prodotta da un'irritazione sovente ripetuta.

La cura di questa malattia è la stessa di quella, che si mette in opra nell'esostosi fungosa midollare; ma solamente nel suo principio si può sperare qualche salutare effetto dai rimedj interni. Sarebbe ridicolo di vantare che noi conosciamo qualche rimedio, che eserciti una specifica influenza sul cancro, o sul fungo. Si possono ristabilire un poco colla cura interna, le forze della costituzione, e ritardare i progressi della malattia; ma quando ha ben preso piede, si avanza più, o meno rapidamente verso il suo fatal termine, a meno che non si prevenga la perdita del malato mediante l'amputazione, o l'asportazione della parte affetta. I mezzi interni, che avremo impiegati, saranno senza dubbio proprj a favorire il successo dell'operazione, e ad impedire la recidiva della malattia.

Dell' esostosi cartilaginosa situata fra il periostio e l'osso.

Questa esostosi differisce molto dalla precedente, e merita molto più di fissare l'attenzione del chirurgo, mentre può esser guarita per mezzo d'un'operazione, quantunque porti seco talvolta la perdita del membro malato. Essa trae la sua origine dall'infiammazione del periostio e della corrispondente parte dell'osso; una sostanza cartilaginosa d'un tessuto solido, simile a quello, che forma il rudimento dell'ossa nella giovine età, si trova situata fra il periostio e l'osso; il periostio è aderente alla faccia esterna dell'esostosi, e questo tumore è aderente egli stesso più tenacemente del periostio, alla superficie dell'osso. Una sostanza ossea si sviluppa al di sotto della cartilagine, e al di fuori dell'osso primitivo, e continua a fare dei progressi a misura, che la cartilagine aumenta di volume; giacchè sembra che la sostanza cartilaginosa è costantemente separata fra il periostio e l'osso, e dà origine alla superficie esterna di questa esostosi. Ond'è, che dissecando queste esostosi si trova 1.° il periostio, che è più grosso che nello stato naturale: 2.° la cartilagine situata immediatamente sotto il periostio: e 3.° la sostanza ossea stravasata al di dentro della cartilagine, che si estende dalla parte solida dell'osso fino alla faccia esterna del periostio, e che lascia ancora sulla superficie dell'esostosi una piccola porzione della cartilagine, che non è ossificata.

Allorchè non ha più luogo la secrezione, che produce questa esostosi, e che la malattia sussiste da lungo tempo, si trova nella superficie esterna di questi tumori un rudimento di materia ossea, simile a quello, che forma l'osso primitivo. Questa sostanza ossea dell'esostosi ha la stessa struttura reticolare, e comunica colla sostanza reticolare dell'osso (consultate la Tavola). Così, allorchè un'esostosi si sviluppa nel modo, che abbiamo accennato, la parte solida dell'osso è distrutta per l'effetto dell'assorzione, ed è rimpiazzata da una sostanza reticolare. In questo tempo la superficie esterna dell'esostosi acquista una solidità, simile a quella dell'osso, allorchè un'esostosi è stata immersa in un'acido e che è stata spogliata da quest'acido del suo fosfato di calce, il tessuto car-

tilaginoso conserva la stessa forma e lo stesso volume della sostanza ossea dell' esostosi, e (per quanto posso giudicarne) questo tessuto si sviluppa esattamente nello stesso modo dell'osso nel suo stato di sanità. Sembra dunque che la formazione di queste escrescenze non differisca molto da quella dell' osso, mentre hanno per base una cartilagine, e che esse devono a un sale terroso la loro forza e solidità, particolarità, di cui ho dato per parecchj anni delle prove nelle mie lezioni cliniche.

La maggior parte di queste malattie non sono accompagnate, principalmente nel loro primo periodo, da vivo dolore; ma quando cotali esostosi sono divenute molto voluminose, cagionano forti dolori, a causa della compressione, che esercitano sull' adiacenti parti. Queste esostosi impediscono anche ai muscoli di eseguire i loro diversi movimenti, perchè i tendini sono talvolta obbligati di rimanere in certe posizioni, mentre in altri casi essi scivolano prontamente sopra i tumori, ciò, che produce un sensibil crepito, e cagiona delle dolorose e penose sensazioni. Allorchè il tumore è situato vicino alla pelle, i malati soffrono un vivo dolore nel membro. Io ho visto manifestarsi dell' ulceri in questi casi; ma questo stato non è un sintoma proprio ad annunziare la malignità, conforme ne vedremo un' esempio nell' osservazione, che referirò fra poco, osservazione, in cui l'ulcere che si formò sulla superficie della pelle, non prese un' aspetto di cattiva natura. Possediamo anche un radio, su cui è situata un' esostosi, che fu messa a nudo da un' ulcera.

L' esostosi periostiale attacca ordinariamente la parte interna del femore, precisamente al di sopra del condile interno, e presso l' attacco del tricipite femorale. Ho veduto sovente quest' esostosi manifestarsi nel detto luogo. (Consultate la Tavola). Ho pure veduto svilupparsi questa malattia sulla tibia, immediatamente sopra i muscoli sartorio e gracile interno. Si osserva talvolta sul peroneo un tumore assai considerabile nell' articolazione di quest' osso colla tibia; ma questa esostosi è frequentemente circoscritta in questa parte. Allorchè il malato ha fatto parecchie cure mercuriali, e che le sue forze sono rimaste considerabilmente indebolite, se egli soffre molta pena nel camminare, bisogna attribuirne la causa non solamente all' ingrossamento del peroneo, ma ancora alla suppurazione di quest' osso, seguita da una esfoliazione, che dà luogo a una malattia incomodissima, e talvolta pericolosa.

Ho visto ancora manifestarsi questa malattia sull' inserzione del deltoide.

Questa specie d' esostosi è molto circoscritta, o sivvero ella è estesissima; talvolta occupa tutta la circonferenza dell' osso, ed in altri casi ha parecchj pollici di lunghezza. La seguente osservazione, inserita nelle *Transazioni medico-chirurgiche*, racchiude dei dettaglj benissimo circostanziati, e proprj a spargere molta luce sull' istoria di questa malattia.

Osservazione.

Caterina Coulson di anni trenta, entrò nello spedale di *Guy*, e fu messa sotto la cura di Astley Cooper, il 29. novembre 1819. Essa era attaccata da un tumore duro, e immobile, situato nella parte superiore ed esterna del braccio sinistro, e così profondamente situato, che sembrava, non esaminandolo con grande attenzione, aderente non solo all'umero, ma ancora alla clavicola ed all'omoplata, ed in rapporto colla cavità glenoide della scapula. Il braccio poteva pertanto eseguire dei movimenti in avanti e in dietro, ma non in alto, a causa del volume del tumore. e del considerabile dimagrimento, e forse, della completa emaciazione del deltoide, occasionata dalla compressione dell'esostosi. Esaminando questo tumore accuratamente, conobbemo che prendeva la sua origine dalla parte superiore dell'umero; ma siccome esisteva a quell'epoca un'infiammazione nell'articolazione della spalla, non potemmo decidere se lo stato morboso, che aveva dato luogo alla formazione di questa esostosi, aveva cominciato per dichiararsi su queste porzioni d'osso, che entravano nella composizione di questa articolazione. È evidente che l'umero era malato, poichè si trovava nella parte interna di questo osso un tumore ed una prominenza ben manifesta, che si erano sviluppati nell'ascella, e che avevano ancora quattro pollici d'estensione La circonferenza del tumore (l'esostosi fu misurata in una direzione paralela al braccio), era nella sua parte più voluminosa, di venticinque pollici e tre ottavi, e una linea, che fu tirata attorno la parte più prominente di quest'esostosi, e che rinchiudeva il tumore e il braccio, giunse a ventiquattro pollici e un ottavo.

Questo tumore non era ricoperto nella maggior parte della sua estensione, che dai tegumenti; era dolorosissimo al tatto, e il calore dei tegumenti, che l'inviluppavano era più forte che nello stato naturale. Parecchie vene assai considerabili apparivano intralciate sulla superficie di questo tumore. La malata soffriva molto quando moveva il braccio, o a cagione della pressione del l'esostosi, e dello stato, in cui si trovava l'articolazione della spalla. Essa si lamentava molto del peso di questa esostosi; aveva poco appetito, e una leggiera febbre.

Quando questa malata entrò nello spedale, ci fece il seguente racconto intorno il principio ed i progressi della sua malattia. Tre anni prima il suo ingresso nello spedale, aveva ricevuto un violento colpo nella sommità della spalla, urtando in un muro, e parecchie volte si era data dei colpi nell'istesso luogo nello spremere dei panni; quest'accidente vi cagionò un tumore duro, grosso quanto una noce, il quale era situato nella parte superiore del braccio. Dopo il detto accidente la malata sentì sempre un dolore intorno la spalla, allorchè eseguiva dei movimenti col membro malato. Questa esostosi aumentò poco a poco, e la malata entrò per la prima volta nello spedale di *Guy*, allorchè la circonferenza del tumore era simile a quella di una tazza da thè. Ella fu medicata in quel tempo dal sig.

Cooper per lo spazio di sei settimane, e le furono applicati parecchi vessicanti, ma senza alcun vantaggio. Sei mesi dopo essere uscita dallo spedale di *Guy*, essa vi fu nuovamente ammessa, e fu per la seconda volta affidata alla cura del sig. Cooper. La circonferenza dell' esostosi era a quest'epoca simile a quella di una catinella, capace di contenere un boccale di fluido. I movimenti del braccio erano più difficili della prima volta, che entrò nello spedale, ma pure ella poteva sempre servirsi di questo membro. Attesa questa circostanza, e stante che il totale della sua costituzione non era stato alterato da questa malattia, ella non volle sottoporsi alla disarticolazione del braccio, operazione che ogni giorno diveniva vi è più indicata, e uscì dallo spedale undici mesi dopo esservi entrata per la seconda volta. Un'anno e mezzo prima che vi fusse ricevuta per la terza volta, il tumore aveva fatto dei rapidi progressi; ma la malata non fece attenzione all'aumento della sua malattia che sei settimane avanti, che rientrasse nello spedale di *Guy*. Quantunque ella non avesse sovente potuto gustare il sonno, ciò non ostante l'insieme della sua salute si sostenne fino al 26. novembre, epoca, in cui risentì un vivissimo dolore nel tumore (il quale divenne scottante) e nelle vicinanze della spalla. La malata aveva perduto l'appetito, ed era in uno stato di languore.

Dall'epoca, che questa donna entrò nello spedale fino agli 8. dicembre, furono praticati due salassi dalle vene situate sul tumore, ciò, che diminuì il volume dell'esostosi. Il sangue estratto era viscoso.

La malata non poteva più servirsi del suo braccio, ed i suoi patimenti cagionati e dal peso del tumore, e dai differenti sintomi morbosi, che accompagnavano questa malattia, erano così vivi, che alla fine si decise facilmente a lasciarsi fare l'operazione, che fu praticata l'8. dicembre. Lo stato, in cui si trovava il deltoide, impediva di eseguire quest'operazione secondo l'ordinario metodo, poichè non potevasi conservare che la pelle, per formare il lembo. Decisemo dunque che il processo operatorio più vantaggioso per la malata, consisteva nel ricoprire la piaga con i tegumenti ed i muscoli, che univano anteriormente e posteriormente il braccio al tronco.

La mia prima cura fu di mettere l'arteria al coperto di qualunque accidente. Feci perciò un'incisione nell'ascella lungo il corso di questo vaso, su cui posi due allacciature, e allora la recisi. L'applicazione di una allacciatura attorno la porzione dell'arteria la più lontana dal cuore, era propria a prevenire qualunque emorragia, che poteva esser prodotta dall'anastomosi dei vasi, che andavano a terminare in questa arteria. Feci un'incisione sulla parte anteriore dell'acromio, che fu prolungata all'infuori, e andò a terminare nell'ascella. Questa incisione passava precisamente al disotto dell'estremità dell'arteria, che avevo già allacciata. Praticai un'altra incisione sulla parte posteriore dell'istesso luogo, e la diressi in modo, che incontrasse la prima. Quindi divisi poco a poco i muscoli, che circondano l'articolazione della spalla, ed allacciai i differenti vasi, che potevano dar luogo a qualche emorragia. Questi vasi erano numerosi e assai sviluppati, a causa dell'enorme volume del tumore; bisognò che allacciassi dieci

arterie. Affine di prendere tutte le precauzioni possibili, e di evitare l'emorragie, che potevano nascere o dai vasi somministrati dall' arterie non recise, o dal rigurgito del sangue, allacciai ancora le vene, che accompagnano l' arterie assillare, e circonflessa posteriore. Queste vene furono recise fra le allacciature. Il ligamento capsulare, trovandosi allora allo scoperto, fu diviso per mezzo d' un' incisione. In tal modo fu messa a nudo la cavità dell' articolazione; essa era ripiena di una linfa coagulabile rossastra, d' una consistenza gelatinosa, e mescolata a una piccola quantità di sierosità, o di sinovia. Il braccio essendo stato per tal modo disarticolato, esaminai diligentemente la cavità glenoide, e non vi scorsi alcun vestigio di malattia. La superficie interna del ligamento capsulare fu trovata più vascolare che nello stato naturale; ma le superficj articolari non erano distrutte. La cartilagine della cavità glenoide fu raschiata per facilitare lo sviluppo delle granulazioni, e allorchè furono arrestate tutte l' emorragie, riunii i tegumenti fra loro per mezzo di tre suture, e di cerotti agglutinativi.

La piaga si cicatrizzò verso il 18 aprile; ma la malata credeva sempre di possedere il membro amputato, e di poter fare eseguire dei movimenti alle sue dita. Gli sforzi che faceva per eseguire questi moti erano sempre seguiti da un dolore lancinante in tutta l' estremità, che le sembrava situata sul petto quando si appoggiava, e situata posteriormente quando si alzava.

Dissezione del tumore.

Il tumore pesava undici libbre, compreso anche l' umero.

Il periostio, che era molto ingrossato, ricopriva la superficie del tumore. Questa esostosi era composta per la maggior parte d' una cartilagine, che era fortemente adesa alla faccia esterna dell' osso, ed al lato interno del periostio.

Il diametro dell' osso era molto aumentato nel luogo, ove il tumore gli era aderente. Un gran numero di porzioni ossee erano contenute nella sostanza cartilaginosa.

La sostanza reticolare dell' umero era obliterata sotto il tumore, e si vedeva una massa polposa rossa nel luogo, ove la parte sana dell' osso si univa alla parte malata.

Ho ultimamente esaminato il pezzo patologico, su cui era situata questa esostosi, il quale era stato diligentemente preparato. Dividendo l' umero, ho trovato che quest' osso era tre volte più voluminoso che nello stato naturale. La sostanza reticolare dell'umero è ripiena in quasi tutta la sua estensione di una sostanza cartilaginosa e ossea. La porzione dell' osso più vicina all' ascella, è meno estesa di quella, che è ricoperta dal muscolo deltoide. Sul lato esterno, ove l' umero è cresciuto di volume, vi si trova una grande quantità di sostanza cartilaginosa, in cui si è stravasata una sostanza ossea. Il periostio ricopre il tumore, ed è fortemente adeso alla faccia esterna dell' esostosi. Un terzo di questo tumore è composto di sostanza ossea, e gli altri due

terzi sono formati da una sostanza cartilaginosa, in cui sono contenute delle masse ossee. Possediamo nella collezione dello spedale *Saint-Thomas* un interessantissimo pezzo d'anatomia patologica, che è stato preparato dal sig. South, ed in cui è situata un'esostosi, la quale obbligò di ricorrere all'amputazione della gamba, operazione che fu fatta dal sig. Chandler.

Io penso che l'esostosi *periostiale*, la cui base è piccola, e che è situata nella direzione dei tendini, o dei ligamenti (come quella che si trova nella direzione delle fibre del tricipite, e del gracile interno), sia prodotta da fatiche sproporzionate alle forze dell'individuo. I tendini, che si attaccano all'osso, sono continuamente lesi, per gli sforzi che essi sono costretti a fare, e che non sono proporzionati alla loro forza, e finiscono per essere attaccati da un infiammazione, che da essi si propaga al periostio, e all'osso, ove fa nascere un esostosi. La malattia, cui vanno soggetti i cavalli, designata col nome di soprosso, è occasionata dallo stiramento dei ligamenti. Questa malattia è una vera esostosi. Una simile affezione è prodotta nell'uomo dallo stiramento del ligamento, che unisce il peroneo alla tibia. Coloro, che osservano attentamente questa malattia, devono avere veduto dell'esostosi nella parte inferiore del peroneo, che si manifestano sovente in seguito di violenti sforzi, fatti nel camminare, o pure in conseguenza di una lunga cura mercuriale, conforme ho avuto luogo di osservare io stesso.

Questa malattia è talvolta cagionata anche da una percossa. Ho visto un esostosi nella cresta della tibia, che era stata prodotta da una caduta sul ginocchio, e che durò parecchi anni, ne ho veduta un altra nata nell'osso del metacarpo del dito minimo, a cagione d'un violento colpo ivi ricevuto. Anche una compressione può dar luogo a questa specie d'esostosi. Il sig. Cline, Hutchinson ed io fummo consultati per un tumore di questa natura, che si era manifestato sulla sinsifi della mascella inferiore, a causa di una violenta compressione, che era stata esercitata sul mento.

L'esostosi periostiale dev'essere curata con i rimedi interni e cogli esterni e locali; e quando è pervenuta al suo ultimo periodo conviene ricorrere ad un'operazione chirurgica. La cura interna, e la locale di questa specie d'esostosi, è quasi la stessa di quella, che abbiamo già accennato trattando dell'esostosi *midollare*. Delle piccole dosi di mercurio, impiegato come alterante, e unito al decotto di salsapariglia, degli impiastri stimolanti, come quello d'ammoniaca e mercurio, possono operare l'assorbimento della materia stravasata sotto il periostio o per mezzo della loro proprietà stimolante, o mediante la compressione, che esercitano sul tumore, e sono usati con vantaggio in quest'esostosi.

Ma in questa specie d'esostosi, come nella precedente, l'esperienza non ha mai dimostrato che siasi ritratto alcun vantaggio da questi rimedi, eccettuati i casi, nei quali sono stati usati fin dal principio della malattia, e siccome queste esostosi non sono in principio accompagnate da alcun dolore, non vi si fa attenzione, se non quando hanno già acquistato un certo volume.

Quando questi tumori sono divenuti voluminosissimi, restano tal-

volta stazionari, e non danno luogo ad alcun inconveniente; ma altre volte continuano a crescere, esercitano una forte compressione sulle adjacenti parti molli, impediscono i loro movimenti, e rendono necessaria l'operazione.

Ho conosciuta una persona, che aveva un' esostosi nella parte interna del femore. Questa persona soffriva moltissimo allorchè montava a cavallo, e fu obbligata di ricorrere a un guancialetto di cuojo, che situava in modo, da sostenere la parte interna del suo ginocchio, onde impedire la compressione, che esercitava la sella sul suo tumore.

Operazione.

Si estirpano questi tumori per mezzo di una sega, e questa operazione è accompagnata solamente da un leggiero dolore, nè generalmente parlando, porta seco alcun pericolo, qualora siasi ben conosciuto la natura dell' esostosi, per non confondere quella *fungosa* con quella *cartilaginosa*.

Il sig. Machell ha inventato una sega, colla quale si può segare l'osso fino ad una certa profondità; e si può, portare questa sega fra i muscoli senza lederli, ciò, che rende l'operazione molto più facile di quello, che non l'era prima dell'invenzione di questo strumento. Si acquisterà un esatta idea di questa sega consultando la tavola VIII. Io ho fatto fare qualche cambiamento nel suo manico, affine di potermene servire con maggior facilità; il rimanente dello strumento si vede ivi esattamente delineato, come è stato inventato dal sig. Machell. Sarà necessario che l' operatore si munisca, oltre la sega, di un pajo di forti pinzette, onde poter portar via tutti i frammenti irregolari dell'osso, che egli incontrerà dopo l'estirpazione dell' esostosi. Potremo parimente servirsi con molto vantaggio dell' ingegnosissimo strumento del dottor Jeffries di Glasgow, chiamato la sega a catena.

Le seguenti osservazioni saranno più proprie a far conoscere questa operazione di qualunque isolato dettaglio, che noi potessimo esporre intorno l'operazione medesima.

Osservazione.

Sarah Hart di anni 48, entrò nello spedale di *Guy* il 26 giugno 1800, e fu affidata alla cura del sig. Guglielmo Cooper, chirurgo allora di detto spedale. Questa donna aveva una voluminosa esostosi nella parte anteriore della tibia Allorchè io subentrai in luogo di questo chirurgo nello spedale di Guy, presi la cura di questa malata, sulla quale praticai la mia prima operazione nel prefato stabilimento. M'informai dell' epoca, in cui aveva cominciato a manifestarsi questo tumore, e la malata mi disse, che lo aveva portato fino dalla sua infanzia, essendo oramai scorsi 44 anni, che n'era affetta. Il tumore aveva acquistato il volume, di cui ho procurato di dare un idea nella tavola VIII. che è posta alla fine di questa memoria; questa esostosi aveva la forma d'una piramide rovesciata, la cui sommità aderente alla tibia, era molto più

stretta della base, che formava la superficie dell'esostosi, in cui era nata un ulcera poco estesa. Questo tumore cagionava solamente un dolore ottuso. Siccome la malata temeva che l'ulcera, di cui ho parlato, non divenisse pericolosa, e avendole io d'altronde detto che non vi era altro mezzo di guarirla, se non quello dell'operazione, ella vi acconsentì subito.

Operazione, che io praticai per mezzo della sega.

Feci un incisione ellittica sopra i tegumenti, ed ebbi l'avvertenza di conservare una sufficiente porzione di pelle, per ricoprire la superficie della tibia. dopo l'estirpazione dell'esostosi. Allorchè ebbi portato indietro quella porzione di pelle, che bastò per mettere allo scoperto la superficie dell'osso primitivo, cominciai a segare l'esostosi con una piccola sega metacarpiana; ma sentii che l'osso era troppo solido per potere essere segato con questo strumento, onde fui obbligato di servirmi della sega, che si usa ordinariamente per le amputazioni. Segai l'osso dalla parte superiore all'inferiore, e di basso in alto in modo, che i due tagli della sega venissero ad incontrarsi nel centro, ed in tal guisa portai via facilmente questa esostosi.

Le malata perdè pochissimo sangue, e non soffrì un vivo dolore nel tempo dell'operazione. Procurai di riunire i tegumenti per prima intenzione, ma non ci potei riuscire. Delle granulazioni di buona natura s'inalzarono sulla superficie della piaga; due piccole porzioni d'osso si esfoliarono sei settimane dopo l'operazione, e la malata si ristabilì non solamente benissimo, ma ricuperò ancora in tutta la sua integrità l'uso del membro.

Osservazione.

La guarigione della malattia, di cui ho parlato, mi fece molto piacere, e mi fece sperare di poter guarire ancora, mediante la stessa operazione, tutte l'esostosi di questa natura, allorchè occupassero delle parti, ove potessi penetrare colla sega. Narrerò pertanto la storia d'una malattia, le di cui conseguenze non furono così felici per il malato, sebbene per altro è da notarsi che l'esostosi era di una natura fungosa, e non cartilaginosa.

Un individuo, che abitava vicino a me quando stavo in città, fu attaccato da un tumore voluminosissimo nella fronte. Desiderando di vederlo, andai a visitarlo a casa sua, e trovai che il tumore era voluminoso come quello, che ho fatto disegnare nella tavola VIII. alla fine di questa memoria. Questa esostosi aveva fatto dei progressi per lo spazio di parecchi anni, e la pelle che la ricopriva era leggermente infiammata. L'immobilità e la durezza di questo tumore mi convinsero che era un esostosi, sebbene fosse meno duro e più vascolare di quello, che suol essere ordinariamente l'esostosi cartilaginosa. Io raccontai al malato il precedente esempio, e l'esito felice della mia operazione, e lo consigliai di venire allo spedale di Guy, per sottoporsi ad una simile

operazione, avvertendolo che senza di questo espediente, la sua malattia gli avrebbe inevitabilmente cagionato la morte. Egli seguì prontamente il mio consiglio, e alcuni giorni dopo il suo ingresso nello spedale, acconsentì a lasciarsi fare l'operazione, di cui gli avevo parlato. Cominciai dal fare un incisione su i tegumenti del tumore, da cui uscì una gran quantità di sangue; continuai a rovesciare i tegumenti finchè non fui arrivato alla superficie del cranio; allora cominciai a recidere con una sega metacarpiana una sostanza più molle della cartilagine, che conteneva una gran quantità di particelle ossee: questa operazione fu accompagnata da parecchie emorragie, che arrestai riconducendo i tegumenti sulla superficie dell' osso, ed esercitando su di essi una compressione, e non fui obbligato di allacciare se non qualche vaso dei tegumenti medesimi. Esaminai il tumore, che avevo asportato, e mi sembrò più molle della cartilagine, quantunque contenesse delle porzioni ossee, e lo trovai friabile sotto le dita.

Il giorno dopo l'operazione il malato fu assalito da una febbre assai risentita, che si aumentò fino al quarto giorno; a questa epoca egli cadde in uno stato comatoso, e morì nel sesto giorno.

All'apertura del cadavere si trovò che l'esostosi occupava la tavola interna ed esterna del cranio, estendendosi ad ambedue, e interessava la dura madre, sulla quale si osservarono parecchie vegetazioni fungose. L'infiammazione, che si era manifestata in conseguenza dall'operazione, si era propagata fino alla porzione delle meningi, che corrispondeva alla base del tumore.

Questa esostosi sembra che avesse preso origine nella diploide del coronale, e che avesse prodotto uno stravaso fra il pericranio ed il cranio, e fra quest'ultimo e la dura madre. Il tumore della parte esterna del cranio era per altro più voluminoso di quello, che si era formato, nella tavola interna. È chiaro che questa esostosi avrebbe fatto ugualmente ben presto perire il malato, se non si fusse sottoposto all'operazione.

Un'esostosi della tavola esterna del cranio, che si sviluppa lentamente, che è poco vascolare, e non è accompagnata che da un leggiero dolore, può essere asportata senza che ne risulti alcun pericolo per il malato; ma un'esostosi, i di cui progressi sono rapidi, la di cui superficie è rossa, che è disseminata d'un gran numero di vasi, e che produce un forte e lancinante dolore nel cervello, è una di quelle malattie, per cui esiterei adesso a fare l'operazione.

Osservazione.

Madamigella. E. O. di 11. anni, fu condotta a casa mia nel mese di luglio 1817. dal Sig. Prior, chirurgo di Clapham, a motivo che si credeva attaccata da un'esostosi nel femore. Questo tumore era situato un poco al di sotto del condile interno di quest'osso, presso l'inserzione del tricipite. La malata mi raccontò che aveva scoperta a caso l'esistenza di questo tumore otto mesi prima di venirmi a consultare. Questa esostosi non le impedì sul principio di abbandonarsi

ai suoi giornalieri esercizj; non sentiva dolore nel camminare, ma fino da un mese a quella parte, la malata incontrava della difficoltà nel piegare il membro. Il sig. Mortimer, chirurgo di Bristol, mi scrisse che era stato pregato nel principio dell'anno, di esaminare la coscia di questa ragazza, e che aveva trovato un piccolo tumore, situato due pollici sopra il condile interno del femore, precisamente al disotto del luogo, ove si legano le calze. Questo tumore era manifestamente un'esostosi insensibile sotto la pressione, e affatto indolente. La pelle, che la ricopriva, non offeriva alcuna traccia d'infiammazione, e non vi era dato da credere che il volume di questa esostosi fusse aumentato nel corso degli anni passati. Se ne ignorava pure la causa, e nel suo principio non aveva recato alcun incomodo alla malata, non era accompagnata da dolore, nè le impediva di camminare, di ballare il Walser, nè la faceva zoppicare. L'opinione che il sig. Mortimer aveva concepita intorno a questo tumore era molto razionale. Nel mese di maggio scorso solamente la malata si accorse per la prima volta, che nel montare la scala ella era obbligata di avanzare sempre il primo il suo piede destro, e nello scendere bisognava che andasse per parte, a motivo che non poteva piegare il membro malato senza risentire un vivo dolore. Allorchè si metteva a sedere, specialmente su d'una sedia bassa, soffriva molto nel piegare il ginocchio, e dopo essere stata per qualche tempo assisa, sentiva molta pena e dolore nell'alzarsi. La sua claudicazione era molto aumentata, principalmente avanti il suo viaggio a Londra, e la sua gamba era divenuta dolente fino al calcagno. Allorchè la malata voleva correre, sentiva un crepito nel tumore, simile a quello, che fa una corda, che scappa dalla sua puleggia. Questo rumore era prodotto dal tendine, che sdrucciolava sulla parte più prominente dell'osso.

Il lunedì 21. giugno, io eseguii alla presenza dei signori Priore Plowman, l'operazione per estirpare questo tumore. Feci un'incisione sulla parte prominente dell'osso, e tirai da parte i muscoli. Divisi col bisturì il periostio, che era molto più compatto del naturale, ed era situato dal lato dell'esostosi; questo tumore presentava uno strato cartilaginoso, in cui non si trovavano per altro particelle ossee. Questa cartilagine era grossa un'ottavo di pollice. Separai l'esostosi dalle parti molli della coscia, su cui si era sviluppato questo tumore, e passai una spatola sotto i muscoli, affine di non offenderli colla sega. Quindi cominciai allora a servirmi di questo strumento senza le tanagliette; ma non rimase fissato assai fortemente, onde aggiunsi le tanagliette alla sega, con cui segai l'osso in traverso. Rimasero sull'osso alcune porzioni, che tentai di portar via colla sega del sig. Hey, ma i muscoli me l'impedirono, a cagione della profondità dell'osso, ma le asportai prontamente con un pajo di pinzette, con cui si mettono in pezzi gli ossi.

Durante questa operazione non rimase inciso alcun vaso essenziale, onde non fui obbligato di fare allacciature. I bordi della piaga furono riuniti per mezzo di cerotti agglutinativi, e feci fare una lozione ammolliente sulla parte operata.

Il 22. la malata ebbe una leggiera febbre, che cessò il 23. Il 24. fu trasportata sopra un sofà, e da quest'epoca in poi non si manifestò alcun accidente.

Allorchè questa ragazza abbandonò Londra, erano affatto cessati i dolori, che soffriva prima dell'operazione.

Osservazione.

Giacomo Aris entrò nello spedale di *Guy* il 13. Agosto 1817. a causa d'un'esostosi, di cui era malato Questo tumore era situato sopra il condile interno del femore; aveva un'estensione di tre pollici, presentava il volume di un dito a traverso i tegumenti e i muscoli, era situato piuttosto verso la parte superiore, che verso l'inferiore, e non formava esattamente un'angolo retto col femore. Il malato aveva 24. anni. Avendo voluto saltare un piolo (quattordici anni avanti il suo ingresso nello spedale), aveva sentito un dolore nella parte della coscia, che divenne in seguito la sede della malattia. Questo dolore non durò lungo tempo, ma fu causa che il malato esaminò più particolarmente il luogo, ove lo sentiva, ove trovò un tumore poco voluminoso, ma duro. Il dolore aumentò poco a poco, e finì per impedire i movimenti a segno, da mettere in apprensione il malato, per cui andò a consultare un chirurgo. Quando Aris camminava, la sua esostosi faceva un rumore simile a quello di una corda; che scappa dalla puleggia, che era probabilmente prodotto dall'estensione del muscolo sartorio, e dallo scivolare che esso faceva bruscamente sul tumore. Allorchè egli stendeva la sua estremità malata, non giungeva in seguito che con molta pena a piegare la coscia, e quando fletteva il membro provava poi una gran difficoltà nell'allungarlo. Ciascun movimento di flessione, o di estensione dava luogo a uno scricchiolamento, che si sentiva distintamente.

Considerando gl' inconvenienti, che porta seco questa esostosi, e riflettendo che essa farebbe sicuramente dei progressi, consigliai il malato di sottomettersi all'operazione, che avevo praticata nel precedente caso. Egli venne tosto allo spedale ove l' operai il 22. agosto. Essendo stato messo il malato su d' una tavola, colla coscia malata in uno stato di flessione, feci un' incisione su i tegumenti, che ricoprivano l' esostosi, e messi allo scoperto il muscolo sartorio, il quale sembrava esser divenuto più largo, e non si poteva situare da un lato in modo, da mettere il tumore allo scoperto, a meno che non avessi impiegata molta forza. Dietro questo riflesso, incisi il muscolo sartorio nella direzione delle sue fibre, e prolungai abbastanza l'incisione, che ci potesse passare a traverso l'esostosi. Messi allo scoperto in tal guisa il periostio, che copriva il tumore, e l' incisi allora, e lo situai sulle parti laterali. Giunsi in tal maniera a mettere allo scoperto una sostanza cartilaginosa, sotto di cui esisteva un'eminenza ossea assai voluminosa. Il sig. Machell, (inventore della sega) che assisteva a questa operazione, applicò egli stesso questo strumento sull' esostosi, e asportò il tumore facendo ese-

guire qualche movimento alla sega. I labbri della ferita furono insieme riuniti per prima intenzione.

La sera del giorno, in cui fu fatta l'operazione, il malato soffrì dei sintomi proprj ad annunziare un' irritazione generale. Fu salassato dal braccio: il giorno seguente prese un purgante, e da quell'epoca in poi si dissiparono tutti i sintomi.

Il sig. Humble, che medicava la piaga d'Aris, mi informò che il 12. settembre la cicatrice era avanzata quanto mai poteva esserlo. Il malato uscì dallo spedale alcuni giorni dopo, e non fu più esposto agl' inconvenienti, che gli cagionava la sua esostosi prima dell' operazione.

Osservazione.

Il Sig. Giorgio Alston, di anni 18. osservò, sono oramai quattr'anni, un piccol tumore nella parte esterna del peroneo, un pollice e mezzo al di sotto del capo di quest'osso. Questo tumore fece dei progressi per lo spazio di due anni, e divenne voluminoso come una grossa castagna. Un' anno dopo la prima apparizione di questo tumore, il nervo peroniero divenné malato, a causa della compressione, che vi esercitava sopra l' esostosi; ciò, che fece nascere delle dolorose sensazioni sulla superficie delle dita dei piedi, e produsse la paralisia dei muscoli peronieri, dei flessori del piede, e degli estensori delle dita. Il tumore non era dolente, e rimase stazionario per lo spazio degli ultimi due anni. Fui consultato per questa malattia. Siccome il malato era stato curato dal sig. Harold di Nayland, in un modo molto giudizioso, senza che la malattia fusse punto diminuita, consigliai una operazione, che fu praticata nel modo seguente il 12 gennajo dal sig. Living. Questo chirurgo fece un incisione cruciale su i tegumenti, che ricoprivano l'esostosi, messe allo scoperto il tumore, fece la sezione del nervo peroniero, che era situato nel centro dell' esostosi, e siccome il collo del tumore era cortissimo, si servì della sega di Hey, in vece di quella circolare. La piaga si cicatrizzò completamente alla fine di quattro settimane, e la guarigione ne fu ritardata atteso il modo irregolare, con cui gl'intestini eseguivano le loro funzioni. La sezione del nervo peroniero fece immediatamente sparire i dolori, che il malato soffriva nelle dita, ma egli andò soggetto ad una certa diminuzione dell'azione dei muscoli della parte anteriore ed esterna della gamba, che continua ancora. (16. aprile) Egli può per altro abbandonarsi all'esercizio della sua professione, senza soffrire il minimo incomodo.

Osservazione.

H. W. Bronner, tedesco, di anni 21. si accorse nel 1813. d'un tumore sul pube sinistro, a un pollice di distanza della sinfisi. Questo tumore, era allora grosso come una nocciola, ma il suo volume aumentò molto nel corso di due anni.

Bronner arrivò in Inghilterra nel 1816. e alla fine di quell' anno il tumore divenne voluminosissimo, ed il malato cominciò a sentire un

dolore nolla gamba sinistra. Siccome egli non parlava bene Inglese, non cercò di alcuna persona dell'arte. Nel 1817. il dolore divenne allora più sensibile, e quantunque non fusse molto forte, ciò nonostante indebolì d'assai le forze del malato, a causa della continua irritazione, che produceva. Questo dolore si faceva specialmente sentire immediatamente sopra e sotto il ginocchio; era leggierissimo nell'anca, e si estendeva talvolta fino al piede. Il malato mi consultò nel mese di gennajo, e trovai che era attaccato da una voluminosa esostosi, situata sul pube. Il 13. marzo Bronner acconsentì che io gli estirpassi detto tumore, ciò, che feci in parte colla sega di Machell ed in parte con quella di Hey. Il 10. Aprile la piaga era cicatrizzata, e il 22. il malato potè camminare e far due miglia, senza soffrire il minimo dolore, e incomodo, se si eccettui quello che proveniva dall'essere rimasta la pelle fortemente aderente all'osso.

Sembra che l'ossa si riuniscano, dopo l'operazioni, alle parti molli sovraposte; che se questa riunione non può aver luogo, si sollevano delle granulazioni di buona natura dalla superficie dell'osso, e la cicatrice si opera su queste granulazioni, come sulle altre parti dell'osso. Molte ragioni mi portano a credere che queste esostosi possono essere asportate con degli strumenti ben fatti, più spesso di quello, che si è creduto fino al presente.

Tav. VIII pag. 153
Fig. 3

Fig. 1
Fig. 2
Fig. 3
Fig. 6
Fig. 5.
Fig. 4.

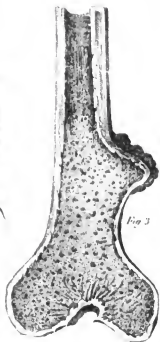
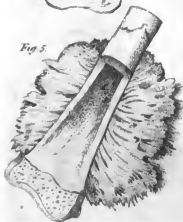
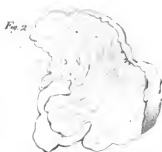



TAVOLA VIII.

Fig. 1. Questa figura mostra il volume d'un'esostosi, situata nella gamba di una donna, la quale fu estirpata con felice successo.

Fig. 2. Femore malato d'un'esostosi. Questo tumore era situato nel luogo, che è ordinariamente (sul femore) la sede di tal malattia.

Fig. 3. Divisione d'una esostosi, che è rimasta stazionaria; sostanza compatta sviluppata sulla superficie di questo tumore, simile a quella dell'osso primitivo; sostanza compatta appartenente all'osso primitivo, essendo stata distrutta per l'effetto dell'assorzione; sostanza reticolare situata nell'interno dell'esostosi.

Fig. 4. Rappresenta la testa d'un malato, che è stato attaccato da un'estesissima esostosi. Questo tumore non fu operato con felice successo.

Fig. 5. Veduta d'un'esostosi estirpata colla sega. (Consultate una delle osservazioni, che ho riportate). La superficie di questo tumore era inviluppata in una cartilagine, ed internamente era osseo. Immersi questa esostosi nell'acido muriatico allungato, ne staccai in tal maniera la sostanza ossea, e trovai in ciascuna porzione di questa sostanza uno strato cartilaginoso.

Fig. 6. Esostosi estirpata in Aris; la sua estremità formava una eminenza rotonda cartilaginosa.

Fig. 7. Sega di Machell. Le branche della sega fra le quali è compreso l'osso, sono accomodate, dietro l'indicazione, per mezzo d'una vite, e questa sega è montata mediante una particolar macchina, le cui ruote non sono apparenti.

Fig. 8. Veduta laterale della sega.

Fig. 9. Porzione d'una voluminosa esostosi, che lascia vedere la sua sostanza cartilaginosa, da cui è stato tolto il fosfato di calce per mezzo dell'immersione in un'acido.

TAVOLA IX.

Fig. 1. Rappresenta una voluminosa esostosi fungosa del femore, che trae la sua origine dalla sostanza reticolare dell'osso, e che è in rapporto colla faccia interna del periostio, che passa sopra l'esostosi.

Fig. 2. Esostosi fungosa della sostanza reticolare: l'osso è stato distrutto in parte per l'effetto dell'assorzione, ciò, che è accaduto per causa dell'aumento del tumore fungoso, e della pressione, che esso esercitava sull'osso. A, indica l'osso, B, il tumore fungoso.

Fig. 3. Rappresenta un' osso, la cui superficie si è ingrandita, e distrutta in parte per l'effetto dell' assorzione; fenomeno cagionato dalla pressione di un' esostosi della membrana midollare, e della sostanza reticolare dell' osso.

Fig. 4. Veduta d' una tibia assai voluminosa, attaccata da un' esostosi, sulla di cui faccia esterna si era sviluppata una sostanza compatta; alterazione, che si è manifestata nella malattia di Elisabetta Hall. (Consultate l' osservazione della pag. 115.)

Fig. 5. Esostosi *periostiale* di una natura cartilaginosa, composta di una sostanza ossea, o d' una sostanza cartilaginosa, situata fra la superficie dell' osso, e il periostio.

Fig. 6. Divisione dell' esostosi delineata nella fig. 5. Questa porzione è stata immersa nell' acido muriatico allungato, e la cartilagine, in cui si è stravasata la sostanza ossea, non è stata attaccata dall' acido.

Questi pezzi d' anatomia patologica sono contenuti nella collezione dello spedale *Saint-Thomas*.

SULL' APERTURE CONTRONATURA

DELL' URETRA

D' ASTLEY COOPER.

L'aperture, che vengono fatte nel canale dell'uretra con degli strumenti taglienti, guariscono facilissimamente: e il taglio per estrarre la pietra, in cui resta compreso l'uretra in una gran parte della sua estensione. e l'incisione, che si fa per estrarre un calcolo, situato in qualche parte del canale dell'uretra, sono una manifesta prova della verità di questa asserzione. Non si guariscono con molta difficoltà queste aperture, se non quando sono mantenute da uno stato morboso della costituzione, e dell'uretra, o solamente da una malattia in questo canale, o quando sono accompagnate da una considerabil perdita di sostanza dell'uretra, e della parte spungiosa della verga.

Queste aperture fistolose sono prodotte nella maggior parte dei casi, dai ristringimenti dell'uretra, i quali si oppongono al passaggio dell'orina, e questo fluido distende allora le lacune, situate al di là del ristringimento. La pressione frequentemente ripetuta, che l'orina esercita su queste parti e sulle pareti dell'uretra, produce un'ulcera, che mette l'orina in contatto con una nuova superficie, che irritata da questo fluido, vi nasce un'ascesso, in cui penetra l'orina, e dal quale viene fuori quando è aperto dal chirurgo, o si apre da se, e continua, in generale, a scolare per questo ascesso, finchè sussiste il ristringimento del canale dell'uretra. Siccome la maggior parte di questi ristringimenti sono situati al di là della metà di questo canale, e dalla parte della vessica, questi ascessi hanno perciò luogo ordinariamente nel perineo: la loro estensione è varia in un gran numero di casi, ma il più delle volte si estendono dal principio dell'uretra fino all'estremità di questo canale, che riguarda la vessica.

Cura.

Appena che uno si accorge che gli ascessi, i quali sono i sintomi precursori di queste aperture fistolose, contengono una materia purulenta, bisogna aprirli subito colla lancetta; poichè si previene in tal modo la formazione di un'ulcera estesissima, e sovente si ottiene anche

la guarigione del malato, senza che abbia luogo l'apertura fistolosa. Questa pratica è la più razionale, mentre s'impedisce con tal metodo l'infiltrazione dell'orina nello scroto, e si rimedia ai suoi stravasi, che sono spesso mortali, se il chirurgo non si risolve in tempo a fare l'apertura dell'ascesso.

Sono benissimo conosciuti i mezzi, che si devono impiegare per guarire queste aperture contronatura dell'uretra, appena che si sono manifestate, e nella maggior parte dei casi se n'opera facilmente la guarigione. Bisogna cominciare dal distruggere l'ostacolo, che si oppone al passaggio dell'orina, allargando il canale dell'uretra, ed in tal modo si viene ad impedire che l'orina eserciti una pressione contronatura sulle pareti di questo canale. Il chirurgo sodisfa a questa indicazione introducendo nell'uretra delle candelette metalliche, di cui aumenta poco a poco il calibro, fino a che le dimensioni di queste candelette abbiano, in qualche modo, sorpassato il natural diametro del canale. Con questo mezzo si allarga l'uretra, e allora l'orina passa facilmente a traverso le parti di questo canale, ove prima esisteva il ristringimento.

Catetere.

In alcuni casi bisogna introdurre in vessica una siringa di grosso calibro, e lasciarvela, giacchè in tal modo si ottiene il doppio vantaggio di distruggere il ristringimento dell'uretra, e d'impedire lo scolo dell'orina a traverso l'apertura contronatura di questo canale.

Il volume degli strumenti, che si usano per dilatare il canale dell'uretra, deve variare a norma di moltissime circostanze: si osserva, in fatti, nel maggior numero dei casi, una gran varietà nel natural diametro dell'uretra. Questo canale si dilata poi con maggiore, o minor forza in ciascuna età, anche quando si è oltrepassata l'età virile.

Uso del caustico.

Presentemente si usa assai di rado il caustico, cui si ricorreva spessissimo in addietro, per allargare il canale dell'uretra. Frattanto questo mezzo sarà più utile, e meno pericoloso dell'uso delle siringhe metalliche, quando l'uretra, e le parti situate nelle vicinanze del ristringimento di questo canale hanno sofferto delle alterazioni così profonde nella loro struttura, che non sarebbe possibile d'introdurre in questo canale alcuno strumento, senza impiegarvi almeno molta forza; ciò, che potrebbe far correre gravi pericoli al malato. Bisogna servirsi del caustico specialmente nei malati, che sono negli spedali, e la di cui malattia si è aggravata per mancanza di cura.

In alcune circostanze queste aperture contronatura del canale dell'uretra sono così profonde, e attaccano talmente le adiacenti parti, che è impossibile di guarirle coll'ordinario metodo, onde bisogna ricorrere ad altri mezzi.

Osservazione.

Il sig. . . . . . . era attaccato, allorchè arrivò a Londra, dalla seguente malattia.

Egli aveva un'ascesso nella parte anteriore e laterale del retto, che si era aperto naturalmente (dopo aver fatto soffrire lungamente il malato) precisamente al di sopra dell'elevatore dell'ano. Il chirurgo che consultò a Londra, vedendo che questo ascesso si era aperto spontaneamente, divise il seno, a cui aveva dato luogo. Il malato ritornò nel suo paese, ma l'ulcera non si cicatrizzò, e diede passaggio ad un'abbondante scolo d'orina. Il malato osservò diligentemente questo scolo, e vide, che allorquando egli aveva orinato, una certa quantità d'orina scolava a traverso l'apertura fistolosa dell'ulcera, e ne tirò la conseguenza che doveva esistere qualche comunicazione fra l'uretra, e il retto.

Allarmato da questa scoperta, il malato tornò a Londra, e mi pregò di curarlo. Esaminai il suo canal dell'uretra, e trovai che esisteva un ristringimento nella sommità della prostrata, e lo consigliai, dietro questo stato di cose, di far uso di grosse siringhe metalliche, finchè l'uretra non avesse ripreso il suo natural diametro. Io sperava che l'apertura fistolosa si sarebbe cicatrizzata, dopo avere procurato all'orina uno scolo per la via delle siringa più facile di quello, che si operava per il canale dell'uretra. Il malato persistè nell'uso delle candelette per parecchie settimane; ma non ne ritrasse alcun vantaggio, almeno apparente, poichè l'orina continuò a scolare per l'apertura fistolosa. Allora gli proposi di lasciarsi introdurre nell'uretra una siringa metallica di grosso calibro, e l'obbligai a rimanere in letto supino, affine di ottenere dall'uso di questo mezzo un'effetto più diretto. Il malato rimase in questa positura per un mese, e durante questo tempo l'orina non passò a traverso il retto, ma scolò per l'apertura fistolosa, appena ritirata la siringa. Questo malato ritornò nel suo paese, ove dimorò per qualche tempo, ma vedendo che la sua malattia faceva dei progressi, ritornò a Londra, e mi consultò nuovamente. Allora gli proposi, se voleva guarire, di lasciarsi fare l'operazione, che vado a descrivere. Introdussi una siringa in vessica, e un dito nel retto, e feci un'incisione sul lato sinistro del rafe simile a quella, che si pratica nell'operazione della pietra, e la prolungai fino a che io potessi sentire la siringa a traverso il bulbo dell'uretra; quindi diressi il mio bisturì a doppio taglio a traverso il perineo, fra la glandula prostata e il retto, e divisi così l'ulcera, che stabiliva una comunicazione fra l'uretra e il retto. Allora introdussi uno stuello di fila nell'ulcera, su cui applicai un cataplasma. Allorchè ritirai questo stuello, vidi che l'orina scolava a traverso l'apertura del perineo. L'apertura del retto si cicatrizzò poco a poco; quella del perineo si obliterò prontamente, e l'orina passò tutta pel canale dell'uretra. Nel tempo che si cicatrizzava la soluzione di continuità, che io aveva operata, un testicolo si tumefece, e s'infiammò, e questa infiammazione fu cagionata, credo,

dall'irritazione dell'estremità del canale deferente, o dalla simpatia, che esisteva fra questo testicolo, e la vessichetta seminale dello stesso lato, che era rimasta irritata Questa infiammazione non produsse che una leggiera durezza nell'epididimo, e l'orina, da questa epoca in poi, è sempre scolata per il suo natural canale.

Ulcera dell' uretra.

Talvolta si formano delle aperture contronatura nel canale dell'uretra, in conseguenza d'un'ulcera, che trae la sua origine dalla debolezza della costituzione. Queste aperture non sono accompagnate da ristringimento di questo canale.

Un'individuo la di cui costituzione è stata rovinata dagli stravizzi, o che è naturalmente debole, avrà uno scolo poco abbondante dall'uretra, senza che sia per l'avanti esistito alcun sintoma proprio ad annunziare una malattia, o senza che si possa sospettare l'esistenza di un'infezione gonorroica. Se si manifesta una tumefazione in qualche parte dell'uretra, il chirurgo applica un cataplasma sulla parte tumefatta, l'ascesso si apre da per sè stesso, o pure se ne fa l'apertura, e l'orina scola per essa, nel tempo che sussiste sempre lo scolo del canale dell'uretra.

Questo stato morboso è prodotto da un'ulcera della membrana mucosa dell'uretra, o da un'ascesso, che si è formato nelle glandule di questo canale, ed io credo che quest'ultima causa dia luogo a quest'apertura fistolosa più spesso dell'ulcera dell'uretra. Si comincia ordinariamente dall'usare le candelette in questa circostanza, ma questa pratica non mi pare molto razionale, poichè queste candelette non sono atte, che ad aumentare l'ulcera e l'irritazione locale, e generale.

Osservazione.

Un'individuo attaccato da uno di questi ascessi, e che aveva un'abbondante scolo dall'uretra, venne a Londra. La sua costituzione era stata per l'innanzi molto indebolita, e soffriva una grandissima irritazione locale. Gli fu introdotta una candeletta in vessica, ma non fu trovato alcun ristringimento nell'uretra. Il malato mi pregò di non usar più le candelette. atteso che gl'inspiravano i più vivi timori. Applicai degl'impiastri sulla parte tumefatta, l'ascesso si aprì spontaneamente, e ne sgorgò una materia purulenta, la quale continuò a scolare per l'uretra, e per l'apertura del perineo. Persistei nell'uso degl'impiastri, e procurai di ristabilire le forze del malato mediante un buon vitto, e dei medicamenti alteranti e tonici.

L'insieme della sua salute si ristabilì assai presto Lo scolo, che aveva luogo per l'ascesso diminuì poco a poco, e quello dell'uretra cessò del tutto. Il malato guarì completamente, e la sua guarigione si è sostenuta per molti anni. Questo fatto è intieramente opposto alla seguente osservazione.

Osservazione.

Un malato fu attaccato da un leggiero scolo dall' uretra. Egli era maritato, i suoi costumi erano esemplari, e non si era giammai esposto al pericolo di contrarre una malattia venerea. Lo scolo apparve in principio di una natura gonorroica, e divenne in seguito purulento, ma non era doloroso. Fu introdotta una candeletta nell' uretra, ma il contatto di questo corpo estraneo aumentò l' irritazione, per cui lo scolo divenne più abbondante, ed il malato soffrì un' alterazione nel totale della sua salute. Si formò allora un' ascesso sotto l' uretra dentro lo scroto. Si ricorse nuovamente all' uso delle candelette per allargare l' uretra, e fare cicatrizzare l' apertura, che esisteva nello scroto; ma ben presto si formò un' altro ascesso sul perineo, e l' orina s' infiltrò in questa parte, e nello scroto. Si fu costretti ad aprire ampiamente questo ascesso, ma si formarono su questa parte dell' estesissime escare, si alterò la costituzione del malato, le sue forze s' indebolirono, e finì per soccombere. Nel fare l' apertura del cadavere, furono trovate due ulceri nell' uretra, ma non vi si scoprì alcun vestigio di ristringimento. Se si fusse combattuta nel suo principio questa malattia cou dei rimedj interni, in vece di far nascere un' irritazione coll' uso antirazionale delle candelette, si sarebbe probabilmente salvata la vita a questo malato.

Aperture accompagnate da una perdita di sostanza nell' uretra.

Queste aperture guariscono difficilissimamente. Esse nascono ordinariamente nella parte dell'uretra, che è situata davanti lo scroto; sono longitudinali nella maggior parte dei casi, ed hanno da un mezzo pollice fino ad un pollice di estensione; talvolta esse distruggonò un terzo dell' uretra, e in altri casi la metà di questo canale, e la parte inferiore del corpo spungioso, che è aderente a questa mėmbrana. Una parte dell' orina scola a traverso quest' apertura contronatura, e talvolta vi passano intieramente l' orina, e l' umor seminale, allorchè l' orifizio fistoloso è molto ampio. Il morale del malato è molto affetto in questa malattia, che risulta in gran parte dalla via, che segue l' orina nello scolare. Questa apertura contronatura è formata da un' ascesso, che si è sviluppato in una delle lacune della membrana dell' uretra, ed il quale ha una tendenza alla gangrena. Allorchè è scolata la materia contenuta in questo ascesso, l' escara, che si manifesta distrugge la parte inferiore dell' uretra situata sotto la sede del male, e produce in tal modo un' ampia apertura fistolosa.

Alcuni medici riguardano, io credo, queste malattie come incurabili, e gl' individui che ne sono disgraziatamente affetti, disperano di guarirne; ma i seguenti fatti potranno impegnare i chirurghi a fare, per il bene di questi malati, dei tentativi, che non sono stati praticati

finora. I felici risultati, che io ho ottenuto nei malati di questo genere, m'inducono a pubblicare questo saggio su queste malattie.

Osservazione.

Un'individuo ritornato di corto dall'Indie, fu attaccato da un'ulcera profonda all'orifizio dell'uretra. Quest'ulcera fu accompagnata da una violenta infiammazione del glande, del prepuzio, e della pelle della verga e del pube, fino allo scroto: l'uretra si gangrenò nel luogo, ove lo scroto si unisce al pene, e questa gangrena diede luogo a un'apertura, a traverso la quale scolava liberamente l'orina. I bordi di quest'apertura si cicatrizzarono, ma l'apertura fistolosa, che sussiste ancora nell'uretra, non fece alcun progresso verso la cicatrice, ed il malato ebbe il dispiacere di vedere scolare l'orina a traverso questa via.

Il chirurgo, che fu consultato dal malato in principio, lo consigliò d'introdurre nell'uretra delle candelette tre o quattro volte il giorno. Il malato seguì questo consiglio per lungo tempo, ma non ne ritrasse alcun vantaggio. Furono fatti dei nuovi tentativi per fare cicatrizzare quest'apertura fistolosa, vi furono applicati sopra dei vessicanti, affine di produrre un'esulcerazione su i bordi di questa fistola, di provocare con tal mezzo delle granulazioni su questo orifizio fistoloso, e di operarne così la cicatrice; ma non si ritrasse alcun buon effetto neppure da questa cura.

Fu fatto un terzo tentativo: si rinfrescarono le labbra dell'apertura fistolosa, e fu riunita questa soluzione di continuità, mediante una sutura attorcigliata; ma anche questo espediente fu vano.

Il malato venne allora a consultarmi. Essendo io persuaso che una sutura semplice sodisfarebbe meglio all'indicazione, che la riunione, la quale si era voluta operare cogli aghi, rinfrescai le labbra della piaga, e li riunii per mezzo di due suture. Quindi introdussi una siringa nella vessica, per evacuare l'orine, che potevano esservi contenute, e non ebbi alcun timore d'infiammare la parte, su cui avevo fatto la sutura In capo a tre giorni ebbi luogo di osservare che l'orine erano scolate sulle parti della siringa, e che si erano opposte alla riunione dei labbri della piaga, e non trovai alcuna traccia di riunione fra le labbra dell'apertura fistolosa, allorchè caddero i punti nel terzo giorno. Credendo inutile di replicare simili tentativi, ed osservando che lo scroto formava due terzi dell'apertura fistolosa, mentre l'altro terzo era formato dalla pelle del pene, pensai che sarebbe possibile di fare cicatrizzare quest'apertura fistolosa, facendo contrarre il tessuto della pelle, nel tempo che si operava la cicatrice. Nel mese di giugno 1818. applicai l'acido nitroso sulla detta apertura, e sulle parti vicine per l'estensione di tre quarti di pollice; gli strati superficiali della pelle si gangrenarono, e delle granulazioni si sollevarono su i tegumenti, dei quali non tardò a operarsi la cicatrice. La pelle cominciò tosto a contrarsi in modo, da ristringere l'apertura fistolosa; io applicai nuovamente l'acido con successo nel mese d'ottobre. Il malato replicò egli

stesso quest' applicazione alla fine di novembre, e l' apertura contronatura, che era grande quanto un pisello, si ristrinse a segno, da ammettere solo uno spillo. Il 22. di gennajo 1819. si tornò ad applicare il caustico, ma molto leggiermente. Nel mese di marzo fu fatta l' ultima applicazione di questo rimedio, e nello spazio di quindici giorni l' apertura fistolosa si obliterò, e da quell' epoca in poi l' orina cessò di scolare per quella via. Sarebbe impossibile di dare un' idea dello sconcerto morale, che questo incomodo recava al malato, ma è facile di persuadersi che la sua gioja fu immensa dopo la guarigione.

Nuova uretra.

Non si può praticare il metodo, di cui abbiamo parlato, che allorquando il tessuto della pelle è rilasciatissimo, e che lo scroto forma una parte dell' apertura fistolosa, ed è pure impraticabile quando il tessuto della pelle è così poco cedevole, che è quasi impossibile di mettere in contatto i labbri della piaga, affine di operare la loro riunione. In questi casi conviene ricorrere a un processo operatorio, e sono di parere che si potrebbe praticare allora un' operazione simile a quella, che è stata già fatta da lungo tempo nell' India, e che consiste nel fare un nuovo naso. Quest' ultima operazione fu eseguita con successo a Londra, dai miei amici Carpoue e Hutchinson; e il sig. Lynn, chirurgo dello spedale di Westminster ha fatto un' operazione analoga a questa, poichè ha creato un nuovo labbro, su cui nacque la barba, come sulle labbra proprie. Io pensai che mi sarebbe riuscito di sollevare una parte della pelle dello scroto, di rinfrescare i bordi dell' orifizio fistoloso, di asportare un pezzo del tessuto cutaneo nelle vicinanze dell' apertura contronatura, affine di poter rivoltare la pelle dello scroto, e di applicarla sulla superficie, e su i bordi rinfrescati della piaga, sperando così di giungere ad operare la cicatrice di quest' apertura contronatura. Io viddi, in principio, insieme col sig. Tipple, chirurgo di Mitcham, la persona, su cui avevo praticato l' operazione, di cui ho parlato. Questo malato ritornò in seguito a Londra, e si messe sotto la cura di Hunter, e del suo figlio, abile chirurgo, il quale ha avuto la gentilezza di trasmettermi i dettaglj di questa osservazione. Siccome questa operazione è così semplice, che può essere fatta anche da quelli, che non sono abituati a operare, e che dietro tutte le probabilità sarà coronata da un felice successo, io spero che potrà esser praticata con vantaggio nei malati, che fino a questo giorno si sono riguardati come incurabili.

Osservazione.

Nel principio del mese di luglio 1818. M. H. di 56. anni, fu attaccato, in conseguenza di un ristringimento dell' uretra, che era stato trascurato, da una violenta infiammazione nella verga, e nello scroto, accompagnata da considerabilissima tumefazione. Affine di combat-

tere questo stato furono usati i soliti mezzi, che si praticano in simili circostanze, come i cataplasmi, le fomente, ed i purganti.

Luglio 9. — Fu fatta l'apertura d'un considerabile ascesso, situato dirimpetto al bulbo dell'uretra, e questa incisione diede esito a una gran quantità di fetidissimo pus.

30. *detto* — Il sig. Astley Cooper credè necessario d'introdurre in vessica una siringa d'argento: egli non pervenne che con molta difficoltà a siringare il malato, a causa dell'infiammazione delle parti e di due ristringimenti, che incontrò nell'uretra. Fu lasciata per tre settimane la siringa in vessica, e nell'intervallo di questo tempo, si aprì un'altro ascesso, che si era formato nella parte inferiore dell'uretra, precisamente davanti lo scroto. La tumefazione e l'infiammazione diminuirono poco a poco; l'apertura fistolosa, situata dietro lo scroto, si obliterò, ma quella, che aveva la sua sede nella parte anteriore dell'uretra continuò ad ingrandirsi fino ad acquistare un mezzo pollice di estensione, ed a contenere una delle più grosse siringhe. Questa apertura fistolosa rimase quasi stazionaria per lo spazio di quattro mesi, i suoi bordi erano intieramente callosi, e non si viddero innalzarsi delle granulazioni su i bordi di questo orifizio fistoloso, quantunque fusse stato toccato più volte colla pietra infernale, e con altri stimolanti. Si fecero pure dei tentativi per operare l'adesione dei bordi di questa apertura, ma non fu possibile di mantenerli a contatto, a cagione della perdita di sostanza. L'orina scolava quasi intieramente a traverso quest'apertura, eccettuato quando si vuotava la vessica colla siringa. Siccome sembrava che il malato non potesse guarire che per mezzo d'un'operazione chirurgica, e che l'ulcera, i di cui bordi avevano una direzione trasversa, o longitudinale, non dovesse cicatrizzarsi a cagione della sua estensione, il sig. Cooper propose di tentare di rimpiazzare la pelle, che mancava per ricoprire l'apertura controanatura con quella dello scroto.

Questo chirurgo praticò la seguente operazione secondo tal veduta.

Dicembre 9. — Egl'introdusse nella vessica una siringa di gomma elastica, rinfrescò i bordi dell'apertura fistolosa, dissecò una porzione della pelle dello scroto, la lasciò attaccata alla sua parte superiore, la rovesciò sull'orifizio fistoloso, con cui era perfettamente in rapporto, ve la mantenne a contatto, per mezzo di quattro suture, su cui applicò delle piccole striscie di cerotto agglutinativo, e sostenne lo scroto per mezzo di una conveniente fasciatura. Il malato fu trasportato nel suo letto, e coricato supino.

10. — Dolor vivo nella parte malata, leggiero scolo di materia dall'estremità della verga, lungo i lati della siringa. Fu amministrato al malato un clistere, affinchè non facesse alcuno sforzo per sgravarsi delle feccie; l'orina non scolava che in piccola quantità a traverso l'apertura fistolosa.

Dall'11. fino al 14. lo scolo della materia a traverso il naturale orifizio dell'uretra divenne meno abbondante, lo scroto si tumefece e s'infiammò; l'orina scolò ancora, il 12. e il 13. a traverso l'apertura fistolosa, ma in piccola quantità; la libertà del ventre era mantenuta

giornalmente per mezzo dei clisteri, e dei minorativi. Tutti i rimedj salini erano nocivi al malato, a causa della loro azione diuretica.

15. — L'apparecchio fu tolto intieramente: i bordi del lembo parevano in perfetto contatto colle parti situate al disotto di esso lembo; ma la pelle era ingrossata, e edematosa, particolarmente nella parte superiore; le suture erano sempre nello stesso stato, lo scroto era escoriato, e infiammato a causa dell'acrimonia dello scolo: la piaga fu accuratamente detersa, vi si applicò due striscie di cerotto agglutinativo, e sopra queste delle fila spalmate con cerotto, e si tenne sollevato lo scroto con adattata fasciatura Questa medicatura fu fatta ogni giorno nel modo stesso.

18. — Una piccola quantità d'orina passa a traverso la piaga.

19. — Non si può più vuotare la vessica colla siringa, che era rimasta in questa viscera dopo l'operazione; si ritira questo strumento, e ci se n'introduce un'altro. La leggiera pressione, che esercita la siringa sulla piaga non sembra dissestarne i bordi, quantunque dia luogo a un vivo dolore, nell'estremità della verga.

20. — Scolo acrimonioso dalla piaga (principalmente da una piccola apertura del lato destro); considerabile escoriazione dell'epidermide.

21. — La parte superiore e sinistra del lembo è perfettamente riunita all'apertura fistolosa; l'orina, che fin'allora era stata carica di una densa mucosità, e di un fetidissimo odore, riprese in breve il suo stato naturale, come in quello di salute.

22. — Le due suture superiori si esulcerano a traverso la pelle.

23. — Si tolgono tutte le suture. perchè mantenevano una considerabile irritazione La materia proveniente dalla piaga non scola che dal piccolo seno del lato destro; il labbro superiore del lembo è molto grosso, perchè il sangue circola lentamente in questa parte.

24. — L'aspetto della piaga annunzia un sensibile miglioramento.

25. e 26. — La piaga è in uno stato sodisfacente; la pelle si assottiglia; si osserva un piccolo sacco nel luogo ov'era stata fatta la sutura superiore.

27. — Si ritira nuovamente la siringa, e se n'introduce un'altra in vessica, che vi penetra senza molta difficoltà. Un gran numero di peli si sviluppano sul lembo della pelle; lo scolo continua ancora ad effettuarsi dal seno: si procura di farlo cessare mediante una compressione esercitata sul seno, e tenendone rapprossimati i bordi per mezzo di un piumacciolo di fila, che si mantiene in sito con un'impiastro agglutinativo.

28. — La compressione ha completamente arrestato questo scolo.

29. 30. e 31. — Si ripete ogni giorno la compressione; lo scolo non ricomparisce più, ma l'apertura fistolosa non è intieramente obliterata; la materia passa ancora a traverso l'estremità dell'uretra; il bordo del lembo diviene progressivamente più sottile, cominciando dal luogo, ove è meno ritorto.

Gennajo 1. e 2. 1818. Stesso stato.

5. — Il malato si alza dal letto. Leggiera irritazione nell' uretra; lo scolo è tinto di sangue.

Giorni seguenti. — Dolor vivo nell' uretra; amministrazione d' un purgante salino, che diminuisce questo dolore. L' orina, che in qualche quantità passa per l' uretra, lungo la parte esterna della siringa, non produce alcun effetto irritante sulla piaga; questo miglioramento aumenta ogni giorno, e il 18. del corrente si cessò l' uso della siringa, senza che ne risultasse alcun' inconveniente.

10. — Il malato sta levato tre o quattro ore, senza portare la siringa; ogni giorno si ritira questo strumento; ma il malato non può ancora orinare senza il soccorso della siringa.

Dal 15. *al* 31. — Ogni giorno si ritira la siringa dalla vessica per qualche ora; leggiero scolo dalla piaga.

Febbrajo 1. Il malato va di corpo nel tempo, che la siringa non è in vessica; questo sgravio è accompagnato dall' emissione dell' orina a traverso la sua via naturale, ciò, che accade per la prima volta dopo l' operazione: nissuna goccia d' orina scola per la piaga.

Dal 2. *febbrajo fino al* 2. *di marzo.* — Siccome il lembo dei tegumenti, e le parti adiacenti presentano ancora qualche traccia d' irritazione, e che un leggiero scolo ha luogo talvolta da una piccolissima apertura, situata nella parte destra della piaga, non si giudica conveniente di fare rinnovare il tentativo, di cui abbiamo parlato: s' introduce nuovamente due volte il giorno la siringa nella vessica, in cui si lascia nella notte.

Marzo 3. — Dietro il consiglio del sig. Cooper, il malato comincia fino da questo momento a evacuare l' orine senza il soccorso della siringa, la quale non s' introduce in vessica che una sola volta il giorno. Il getto dell' orina è assai voluminoso, e molto più forte che non l' era da parecchj anni. Una lozione composta di zolfato di zinco dissipa l' irritazione dei tegumenti.

Maggio 8. — Una candeletta ordinaria rimpiazzò la siringa elastica, e venne introdotta una volta il giorno nell' uretra, fino alla fine di settembre. Dopo quest' epoca non si ebbe ricorso alla candeletta che una volta ogni due giorni. Il malato gode presentemente (14. ottobre) una buona salute, grazie all' operazione fattagli. Il getto dell' orina è divenuto poco a poco più voluminoso, e più forte; la verga è in qualche modo tirata in basso, a causa della contrazione dei tegumenti, ed il piccolo sacco, a cui aveva dato luogo l' applicazione dell' allacciatura è completamente sparito.

Io spero che questa operazione potrà esser praticata con successo in casi analoghi a questo, poichè la piaga di questo malato si è intieramente cicatrizzata in capo a sette mesi.

Fine del primo Volume.

INDICE

DELLE MATERIE

CONTENUTE NEL PRIMO TOMO.